

Université de Montréal

Étude de l'observance de la médication psychotrope chez les adolescents hébergés en
centres de réadaptation

par
Catherine Laurier

Département de psychologie
Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophiae Doctor (Ph.D.)
en psychologie

Septembre 2006

© Catherine Laurier, 2006



BF

22

U54

2007

v. 015



AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

Étude de l'observance de la médication psychotrope chez les adolescents hébergés en
centres de réadaptation

présentée par :

Catherine Laurier

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Louise Nadeau
président-rapporteur

Denis Lafortune
directeur de recherche

Johanne Collin
co-directrice de recherche

Michel Claes
membre du jury

François Chagnon
examineur externe

Jean-Pierre Blondin
représentant du doyen de la FES

Résumé

Cette thèse s'intéresse aux facteurs associés à l'observance chez les adolescents hébergés en centres de réadaptation auxquels sont prescrits des médicaments psychotropes, ainsi qu'à l'expérience subjective de ces jeunes envers leurs difficultés et leur prise en charge en institution. Cette recherche combine méthodes quantitative et qualitative. Outre l'introduction et la conclusion générale, elle se compose de cinq chapitres sous forme d'article scientifique. Le premier chapitre de la thèse est consacré à la conceptualisation de l'observance d'un traitement psychopharmacologique prescrit pour une population adolescente hébergée en institution. À partir d'une recension des écrits, cinq facteurs pouvant contribuer aux comportements et aux attitudes d'observance de cette population ont été dégagés. De ces facteurs, un modèle conceptuel de la notion d'observance a été élaboré en tenant compte des spécificités liées à la prise en charge dans ces milieux. Ensuite, une échelle d'évaluation auto-révélee des comportements et des attitudes d'observance de la prescription psychopharmacologique (ECAOPP) en 12 items a été construite et validée, ce dont le second chapitre discute. Le troisième chapitre aborde la validation de l'Échelle d'évaluation des comportements d'observance pour un observateur (ÉCOPP-Obs). Il y est aussi question de la comparaison des résultats obtenus par l'ÉCOPP-Obs à ceux de l'ÉCAOPP. Les divergences observées entre les informations révélées par les adolescents et celles fournies par les éducateurs sont alors analysées. Le quatrième chapitre comprend l'analyse quantitative de questionnaires administrés à 151 adolescent(e)s. Il y est question du portrait symptomatique et comportemental des adolescents et des adolescentes de l'échantillon, de même que des scores obtenus par l'auto-évaluation des attitudes et des comportements d'observance (mesurée par l'ÉCAOPP). Puis, les variables indépendantes les plus fortement associées

aux attitudes et aux comportements d'observance sont dégagées, et ce, tant pour les filles que pour les garçons hébergés en centres de réadaptation. La compréhension exhaustive des comportements et attitudes des participants à l'égard des prescriptions psychopharmacologiques exigent de surcroît l'accès à leurs motivations intrinsèques et extrinsèques. C'est pourquoi, dans le cinquième chapitre, nous avons privilégié l'analyse qualitative de 15 entretiens portant sur les représentations des drogues proscrites et des médicaments psychotropes prescrits. Alors considérée comme une situation, l'observance apparaît comme un phénomène multidimensionnel dont la compréhension est plus complexe que la seule prédiction d'un comportement. Enfin, les éléments issus des diverses stratégies d'analyse sont intégrés en conclusion de ce travail. Il se dégage de l'ensemble de la thèse que quelle que soit la méthode adoptée (validation de l'échelle ÉCAOPP, analyse quantitative, analyse qualitative), une constante émerge des résultats obtenus : les attitudes sont clairement distinctes des conduites d'observance proprement dites. Tout porterait à croire que le contexte d'autorité propre aux centres de réadaptation joue un rôle déterminant dans ce phénomène complexe qu'est l'observance d'une prescription psychopharmacologique en favorisant de bons comportements d'observance malgré que les attitudes envers la médication soient plus ambivalentes.

Mots-clés : adolescents, observance, centres de réadaptation, médicaments psychotropes, autorité, drogues, institutions, facteurs contributifs.

Summary

This thesis treats the factors associated with treatment compliance in adolescents living in rehabilitation centres and prescribed psychotropic medication, as well as the subjective experience of these young people regarding their own difficulties and their treatment while in such an institution. This research combines both quantitative and qualitative methods. In addition to the introduction and conclusion, there are five chapters. The first chapter of the thesis is devoted to the conceptualisation of compliance with a psychopharmacological treatment prescribed for an adolescent population living in an institution. Using a review of the existing literature as a starting point, five factors contributing to compliance behaviours and attitudes in this population were isolated. Subsequently, a conceptual model of the notion of psychopharmacological treatment compliance was elaborated from these factors, taking into account the specificities related to institutional care. Next, a twelve-item self-evaluation questionnaire to assess behaviours and attitudes regarding compliance with psychopharmacological prescriptions was constructed, completed by the subjects, and validated, as discussed in the second chapter (*Évaluation des comportements et des attitudes d'observance de la prescription psychopharmacologique* (ÉCAOPP)). The third chapter treats the validation of the above evaluation, this time adjusted for use by an observer (*Échelle d'évaluation des comportements d'observance pour un observateur* (ÉCOPP-Obs)). The results obtained from each of these measures are compared; the divergences observed between the information revealed by the adolescents and that provided by the educators is then analysed. The fourth chapter comprises the quantitative analysis of the self-evaluation questionnaires completed by 151 adolescents. There is discussion of the symptomatic and behavioural portrait of the adolescents under study, as well as of the scores obtained

from the self-evaluation of attitudes and behaviours regarding compliance (as measured by the ÉCAOPP). Next, those independent variables most strongly associated with compliance attitudes and behaviour are isolated, for both girls and boys living in rehabilitation centres. A comprehensive understanding of the attitudes and behaviours of the participants regarding psychopharmacological prescriptions must also require an access to their motivations, both intrinsic and extrinsic. For this reason, the fifth chapter concentrates on the qualitative analysis of 15 interviews concerning representations of banned drugs and prescribed psychotropic medication. Considered as a situation, treatment compliance would now seem a multidimensional phenomenon of which a truly complete understanding must be much more complex than the simple prediction of behaviour. Finally, elements from the various analytical strategies are brought together in the conclusion. Regardless of the method used (validation of the ECAOPP/ECOPP-Obs evaluations, quantitative analysis, qualitative analysis), one constant emerges from the results obtained: the attitudes studied are clearly distinct from compliance behaviours as such. It would appear that the context of authority inherent in rehabilitation centres plays a determining role in this phenomenon.

Mots-clés : adolescents, compliance, rehabilitation centres, psychotropic medication, authority, drugs, institutions, contributing factors.

Table des matières

| | |
|--|-------|
| Résumé..... | iii |
| Summary..... | v |
| Table des matières..... | vii |
| Liste des tableaux..... | ix |
| Liste des figures..... | xi |
| Liste des abréviations..... | xiii |
| Remerciements..... | xiv |
| Dédicace..... | xvii |
| Introduction..... | 1 |
| Prévalence des prescriptions psychopharmacologiques aux enfants et aux adolescents..... | 2 |
| Difficultés et disparités liées à la conceptualisation de la notion d'observance..... | 6 |
| La mesure de l'observance..... | 11 |
| Observance et psychopharmacologie chez les mineurs..... | 12 |
| Les facteurs associés à l'observance d'une médication psychotrope par les jeunes..... | 14 |
| L'expérience des jeunes sous médicaments psychotropes..... | 16 |
| Objectifs de la thèse..... | 18 |
| Organisation de la thèse..... | 19 |
| ARTICLE 1 | |
| Les facteurs contribuant à l'observance d'une psychopharmacothérapie chez les adolescents hébergés en centres de réadaptation..... | 23 |
| ARTICLE 2 | |
| Validation de l'échelle d'évaluation des comportements et des attitudes d'observance des prescriptions psychopharmacologiques (ÉCAOPP)..... | 56 |
| ARTICLE 3 | |
| L'observance de la prescription de médicaments psychotropes en centres de réadaptation telle qu'évaluée par un éducateur et par l'adolescent lui-même..... | 92 |
| ARTICLE 4 | |
| Corrélat et prédicteurs de l'observance de la psychopharmacoprescription pour une population d'adolescents hébergés en centres de réadaptation..... | 126 |
| ARTICLE 5 | |
| Drogues proscrites et médicaments psychotropes prescrits chez les adolescents hébergés en centres de réadaptation..... | 175 |

| | |
|---|-----------|
| Conclusion | 216 |
| Modèle conceptuel de l'observance | 218 |
| Mise à l'épreuve du modèle conceptuel | 219 |
| Expérience subjective d'observance de la psychopharmacoprescription | 226 |
| Compréhension intégrée de l'observance | 229 |
| Limites et pistes de recherche | 230 |
| Références | 239 |
| Appendices | xviii |
| Appendice A | xix |
| Échelle d'Évaluation des Comportements et des Attitudes d'Observance de la Prescription Psychopharmacologique (ÉCAOPP) | xx |
| Échelle d'Évaluation des Comportements d'Observance à la Prescription Psychopharmacologique – pour un Observateur (ÉCOPP-Obs) | xxiii |
| Appendice B | xxv |
| Échelle d'évaluation psychiatrique pour enfants – version abrégée (<i>Brief Psychiatric Rating Scale for Children</i> - BPRS-C) | xxvi |
| Fiche des renseignements institutionnels et médicaux | xxxiv |
| Appendice C | xxxv |
| Grille d'entretien semi-structuré | xxxvi |

Liste des tableaux

ARTICLE 2

Validation de l'échelle d'évaluation des comportements et des attitudes
d'observance des prescriptions psychopharmacologiques (ÉCAOPP)

| | |
|--|----|
| Tableau 1..... | 87 |
| Études ayant identifié des facteurs contribuant à l'observance d'une prescription pharmacologique | |
| Tableau 2..... | 71 |
| Coefficients de corrélation pour chacun des items | |

ARTICLE 3

L'observance de la prescription de médicaments psychotropes en centre de
réadaptation telle qu'évaluée par un éducateur et par l'adolescent lui-même

| | |
|---|-----|
| Tableau 1..... | 111 |
| Comparaisons entre les dyades d'observance observée et d'observance auto-révolée | |

ARTICLE 4

Corrélat et prédictors de l'observance de la psychopharmacoprescription
pour une population d'adolescents hébergés en centres de réadaptation

| | |
|---|-----|
| Tableau 1..... | 144 |
| Médicaments prescrits par catégories | |
| Tableau 2..... | 146 |
| Comparaison des scores obtenus au YSR, au BPRS-C et à l'ÉCAOPP selon le sexe | |
| Tableau 3..... | 148 |
| Analyses bivariées (corrélations) : sous-échelles des tests et ÉCAOPP | |
| Tableau 4..... | 149 |
| Analyses bivariées (tests t) : médicaments prescrits et ÉCAOPP | |
| Tableau 5..... | 154 |
| Prédicteurs de l'acceptation de la psychopharmacoprescription (ÉCAOPP) pour les adolescents (n=68) | |

| | |
|--|-----|
| Tableau 6 | 155 |
| Prédicteurs des comportements d'observance de la psychopharmacoprescription (ÉCAOPP) pour les adolescents (n=79) | |

| | |
|--|-----|
| Tableau 7 | 155 |
| Prédicteurs du score total des attitudes et comportements d'observance de la psychopharmacoprescription (ÉCAOPP) pour les adolescents (n=78) | |

ARTICLE 5

Drogues proscrites et médicaments psychotropes prescrits chez les adolescents hébergés en centres de réadaptation

| | |
|---|-----|
| Tableau 1 | 215 |
| Répartition des participants selon les variables stratégiques | |

| | |
|--|-----|
| Tableau 2 | 200 |
| Représentations à l'égard de la consommation des substances proscrites et prescrites | |

Liste des figures

ARTICLE 1

Les facteurs contribuant à l'observance d'une psychopharmacothérapie chez les adolescents hébergés en centres de réadaptation

| | |
|----------------|----|
| Figure 1 | 48 |
|----------------|----|

ARTICLE 2

Validation de l'échelle d'évaluation des comportements et des attitudes d'observance des prescriptions psychopharmacologiques (ÉCAOPP)

| | |
|----------------|----|
| Figure 1 | 73 |
|----------------|----|

Distribution des scores pour le facteur 2 : comportement d'observance de la prescription psychopharmacologique

| | |
|----------------|----|
| Figure 2 | 73 |
|----------------|----|

Distribution des scores pour le facteur 1 : acceptation de la médication psychotrope

| | |
|----------------|----|
| Figure 3 | 75 |
|----------------|----|

Distribution des scores de la différence entre le facteur 2 (comportements d'observance) et le facteur 1 (attitudes et acceptation de la médication psychotrope)

ARTICLE 3

L'observance de la prescription de médicaments psychotropes en centre de réadaptation telle qu'évaluée par un éducateur et par l'adolescent lui-même

| | |
|----------------|-----|
| Figure 1 | 108 |
|----------------|-----|

Distribution des comportements d'observance tels qu'observés par les éducateurs

| | |
|----------------|-----|
| Figure 2 | 125 |
|----------------|-----|

Distribution des scores pour le facteur 2 (ECAOPP) : comportement d'observance de la prescription psychopharmacologique

| | |
|----------------|-----|
| Figure 3 | 110 |
|----------------|-----|

Distribution des adolescents selon la différence obtenue entre l'observance observée par les éducateurs (obs éduc) et l'observance auto-révoquée par les adolescents (obs ado)

Conclusion

| | |
|--|-----|
| Figure 1..... | 224 |
| Corrélats de l'observance de la psychopharmacoprescription pour les adolescentes | |
| Figure 2..... | 225 |
| Prédicteurs de l'observance de la psychopharmacoprescription pour les adolescents | |

Liste des abréviations

| | |
|--|-----------|
| <i>Achenbach Youth Self-Report</i> | YSR |
| <i>Brief Psychiatric Rating Scale for Children</i> | BPRS-C |
| <i>California Psychotherapy Alliance Scales</i> | CALPAS |
| <i>Coping Inventory for Stressful Situations</i> | CISS |
| <i>Direct and Indirect Aggression Scales</i> | DIAS |
| Échelle d'évaluation des comportements et des attitudes d'observance de la prescription psychopharmacologique | ÉCAOPP |
| Échelle d'évaluation des comportements d'observance à la prescription psychopharmacologique – pour un observateur | ÉCOPP-Obs |
| <i>University of Rhode Island Change Assessment Scale</i> | URICA |

Je tiens tout d'abord à remercier mon directeur de thèse, M. Denis Lafortune pour m'avoir permis de réaliser cette thèse. Je le remercie pour la confiance dont il a fait preuve et pour la chance qu'il m'a offerte de m'impliquer au sein de son projet de recherche. Au cours de ces années au doctorat, il a su me guider tout en ayant l'ouverture d'esprit de m'encourager à ajouter une touche personnelle et originale à mes travaux.

Je tiens à remercier ma co-directrice de thèse, Mme Johanne Collin pour sa rigueur intellectuelle et pour ses judicieux conseils, principalement pour la section d'analyse qualitative de ce travail. Elle a su me faire découvrir un aspect de la recherche jusqu'alors méconnu, ce qui a enrichi et approfondi cette thèse.

Je tiens à remercier le groupe MÉOS-GRASP pour son accueil et son soutien financier au cours de mes études doctorales. Les membres du groupe ont contribué activement à mes réflexions sur le médicament et ont donné une perspective multidisciplinaire à mes idées. De même, je tiens à remercier le C.I.C.C. pour son accueil et son soutien matériel et financier au cours de mes études doctorales ainsi que la période de rédaction.

Cette thèse n'aurait pas été possible sans l'accord et l'implication des Centres jeunesse de la Montérégie, de Montréal, du Saguenay, de Chaudière-Appalaches, de Laval et de Lanaudière. Les adolescents, les décideurs et les intervenants qui s'y sont impliqués reçoivent tous mes plus sincères remerciements. Plus particulièrement, Guy Bouthiller, Robert Bourdages, Serge Bisailon, Monique Cyr, Pierre Nadeau, Louise Harton, Nicole

Lambert, Lucie Maltais, Micheline Martin et Ginette Robichaud qui ont su m'ouvrir les bonnes portes.

Je remercie tout particulièrement Kristine Metz, pour ses judicieux conseils tant au niveau du contenu qu'au niveau syntaxique et grammatical. Depuis le début de cette aventure qu'est la thèse, ton implication active tant dans la mise en place, la réalisation du projet et son plein aboutissement a été considérable. Ton soutien personnel a été stimulant et constant. Bien plus qu'une collègue, tu es devenue une amie exceptionnelle. T'avoir parmi mes proches est un privilège précieux. Merci.

Merci aux collègues étudiants ayant travaillé sur le projet Galien, récemment Julie Desjardins a été une personne avec qui il a été enrichissant de partager mes découvertes.

Merci à Mme Margaret C. Kiely pour ce que vous êtes.

Merci à mes parents qui m'ont soutenu dans cette aventure. Merci de croire en moi et d'être là depuis toujours. Merci de m'avoir transmis cette curiosité et cette soif de savoir qui m'a permis de me rendre jusqu'au bout et qui me portera vers d'autres aventures. Merci d'avoir répondu patiemment à mes « pourquoi », voilà où ils m'ont menée...

Merci à mes amis qui ont su le demeurer malgré mon indisponibilité ponctuelle et mes travaux qui occupent beaucoup de place.

Merci au CEPsum qui m'a accueilli et m'a aidé à persévérer en me permettant de libérer quotidiennement mon stress, mes frustrations et mes inquiétudes!

Finalement, merci à Pascal avec qui j'ai partagé les moments tant exaltants que difficiles au cours de ces années de recherche. Tu as su être un précieux interlocuteur qui m'a permis de structurer et de préciser ma pensée et mes idées; la philosophie a en toi un représentant exceptionnel. Ton soutien, parfois moral, grammatical, intellectuel, scientifique, rigoureux, méthodique, sévère, mais toujours amoureux m'a été d'une aide inestimable.

*À Jean-François,
Patrick, Sylvie, Guylaine, Jean-Simon
et tous les autres adolescents...*

Introduction

Cette thèse s'intéresse aux facteurs associés à l'observance chez les adolescents hébergés en centres de réadaptation et qui prennent une médication psychotrope, de même qu'à l'expérience subjective qu'ont ces jeunes de leurs difficultés et de leur prise en charge en institution. La collecte de données sur laquelle elle s'appuie a été réalisée dans le cadre d'une recherche de plus grande envergure portant sur la prescription de médicaments psychotropes et sur les modes de recours à ces molécules chez les jeunes en centres de réadaptation (Lafortune & Collin, 2002). Les lignes suivantes présentent brièvement l'ampleur du phénomène de psychopharmacoprescription auprès des mineurs en institutions, les ambiguïtés entourant tant la définition que la mesure de l'observance, l'importance d'étudier l'observance auprès des enfants et des adolescents, ainsi que les études s'étant intéressées plus particulièrement au contexte institutionnel. Finalement, les objectifs de la thèse ainsi que son organisation seront exposés.

Prévalence des prescriptions psychopharmacologiques aux enfants et aux adolescents

Des études portant sur la prescription de médicaments psychotropes aux enfants dans la population générale, menées aux Etats-Unis, ont révélé une augmentation de 250% des prescriptions de médicaments psychotropes chez ces enfants entre 1987 et 1996 (Zito et al., 2003) et particulièrement des psychostimulants entre 1990 et 1995 (Safer, Zito & Fine, 1996). Entre 1987 et 1996, la prescription de médicaments psychotropes chez les jeunes de 18 ans et moins est passée de 1,4 à 3,9 prescriptions pour 100 individus (Olfson, Marcus, Weissman, & Jensen, 2002). La prescription d'antidépresseurs auprès des mineurs a aussi augmenté considérablement au cours des années 1990 (Zito et al., 2002). Plus précisément, Zito et al. (2002) ont relevé qu'entre

1988 et 1994, les antidépresseurs ont été de deux à trois fois plus prescrits aux jeunes de moins de vingt ans. Cette tendance à l'augmentation des prescriptions de médicaments psychotropes auprès des enfants et des adolescents a aussi été observée dans d'autres pays nord-américains, sud-américains et européens entre 2000 et 2002 (Wong, Murray, Camilleri-Novak & Stephens, 2004), incluant le Canada (Brownell & Yogendran, 2001). Au début des années 2000, pour la population nord-américaine, les médicaments les plus souvent prescrits aux enfants étaient les stimulants du système nerveux central (ex: méthylphénidate ou dextroamphétamine), principalement associés au trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (Buck, 1997; Gouvernement du Québec, 2000; Goodwin, Gould, Blanco & Olfson, 2000). Les antidépresseurs, alors seconds, arrivaient loin derrière, suivis des anxiolytiques, des antipsychotiques et des stabilisateurs de l'humeur. Aux Etats-Unis, en 1995 (Safer et al., 1996), 2,8% des enfants prenaient des psychostimulants.

Au Canada, entre les mois de mai et de décembre 2002, environ 2,5% des adolescents âgés entre 15 et 19 ans avaient au moins une prescription de médicaments psychotropes (Beck et al., 2005), en ne comptabilisant pas les prescriptions de psychostimulants. En 1997, 3,4% des jeunes faisaient usage de psychostimulants dans l'échantillon ontarien de Ivis et Adlaf (1999).

De plus, Zito et al. (2003) ont souligné qu'entre 1987 et 1996, l'augmentation du nombre de prescriptions de psychostimulants aux filles a été équivalente à l'augmentation du nombre de prescriptions d'antidépresseurs aux garçons. En comptabilisant l'ensemble des prescriptions de médicaments psychotropes chez les

mineurs, les estimations de la prévalence dans la population générale aux États-Unis varient généralement entre 5% et 6% (Martin, Van Hoof, Stubbe, Sherwin & Scahill, 2003; Zito et al., 2003), 14% de ceux-ci ayant plus d'une prescription psychopharmacologique (Martin et al., 2003).

Devant l'ampleur du phénomène du recours aux médicaments psychotropes auprès d'adolescents, Scharf et Williams (2006) ont récemment proposé des éléments à considérer lors de leur prescription. Ainsi, il importe de prendre en compte les caractéristiques développementales, tant physiologiques que psychologiques, qui peuvent venir interférer avec la réponse des adolescents aux médicaments prescrits.

Dans le contexte plus spécifique des centres de réadaptation américains, Zima, Bussing, Crecelius, Kaufman et Belin (1999) ont établi que 13% de leur échantillon de 302 enfants, âgés de 6 à 12 ans, étaient sous médication psychotrope au moment de l'étude. Ce résultat s'apparente au 13,5% des enfants et adolescents d'un échantillon de 3114 mineurs pris en charge par la protection de la jeunesse (« *child welfare system* »), résidant en milieu naturel ou en institutions, ayant au moins une prescription de médication psychotrope (Raghavan et al., 2005). En 2001, DosReis, Zito, Safer et Soeken, à partir d'un échantillon de 310 enfants hébergés en centres d'accueil (« *foster care* »), ont observé une prévalence de 30%. Breland-Noble et al. (2004) ont obtenu, quant à eux, une prévalence beaucoup plus élevée au sein de leur échantillon composé de 304 adolescents hébergés en foyers de groupe (« *group homes* ») et en centres d'accueil (« *foster care* »), la psychopharmacoprescription atteignant respectivement 67% et 77% des adolescents dans ces milieux. Il est possible de comprendre cette

disparité des taux de prescription de médication psychotrope (varient de 13,5% à 77%) dans les études rapportées précédemment du fait de leurs échantillons différents (allant des enfants pris en charge par la protection de la jeunesse, mais résidant en milieu naturel dans l'étude de Raghavan et al., aux adolescents résidant en centres de réadaptation dans l'étude de Breland-Noble et al.). Néanmoins, ces résultats indiquent qu'en comparaison avec une population générale d'enfants et d'adolescents nord-américains, la probabilité qu'un mineur en institution soit sous médication psychotrope est donc beaucoup plus considérable.

En centres de réadaptation, milieux d'hébergement faisant partie de l'organisation des Centres jeunesse du Québec, la prise en charge des adolescents se caractérise par une série d'interventions en contexte d'autorité. Ces institutions ont pour vocation l'hébergement, la protection et la réadaptation des mineurs. La clientèle y est hébergée en vertu de la Loi de la protection de la jeunesse (LPJ), la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA) ou la Loi sur les services de santé et des services sociaux (LSSSS). Les jeunes y vivent généralement avec 11 ou 12 autres jeunes d'âge similaire, dans des unités de vie ouvertes (appelées fréquemment, dans ces cas, milieux globalisants) ou fermées (appelées souvent unités d'encadrement intensif), selon l'ordonnance qui régit le placement et la mesure légale qui s'appliquent. Jusqu'à récemment, aucune estimation de la prévalence des pratiques de psychopharmacoprescription dans les centres de réadaptation n'était disponible au Québec. Or, une étude réalisée en 2001 (Lafortune, Laurier & Gagnon, 2004) a établi que 36,6% des jeunes ayant bénéficié des services des centres de réadaptation des Centres jeunesse de Laval ou de la Montérégie entre juillet 2000 et juillet 2001,

prenaient un ou plusieurs médicaments psychotropes. Elle indique aussi que, pour cette même année, les psychostimulants étaient les médicaments les plus fréquemment prescrits, représentant 37,8% des prescriptions de l'échantillon. Suivaient les neuroleptiques et les antipsychotiques (25,6% des prescriptions), les antidépresseurs (14,6%) et un agoniste alpha-adrénergique, la clonidine® (12,2%). Au sein de ces institutions, les principaux motifs de psychopharmacoprescription étaient à ce moment le contrôle des comportements perturbateurs, l'hyperactivité, les troubles de l'attention, l'impulsivité et l'agressivité.

L'étude du recours aux médicaments psychotropes auprès des enfants et des adolescents mène rapidement à une autre question importante, soit les attitudes et les comportements de ces jeunes envers leur médication, ce qui déterminera leur observance de la prescription qui leur est faite. En effet, bien qu'il soit essentiel de savoir quels médicaments sont prescrits et à quelle dose, il importe de se rappeler qu'ils ne sont pas toujours consommés tel qu'indiqué, selon les indications du médecin – en centres de réadaptation, le médecin prescripteur est dans 80% des cas un pédopsychiatre agissant à titre de consultant occasionnel et extérieur (Lafortune & Laurier, 2005). Très peu d'études ont été réalisées sur l'observance de la médication psychotrope par les enfants et les adolescents (Hack & Chow, 2001) et celles qui portent sur les jeunes en centres de réadaptation sont encore plus rares.

Difficultés et disparités liées à la conceptualisation de la notion d'observance

La plupart des études qui se sont intéressées à l'observance du traitement rapportent qu'environ 30% des patients ne suivent pas les prescriptions tel que les

médecins le recommandent (Bastiaens, Chowdhury & Gitelman, 2000; Baumann, Baumann & Alla, 2004; Becker & Mainman, 1975; Benkert et al., 1975; Conrad, 1985; Davis, 1968; Demmytenaere, 1997; DiMatteo, 1994; Dolder, Lacro, Leckband & Jeste, 2003; DosReis et al., 2003; Gray, Malhoney & Blough, 2001; Horne & Weinman, 1999; Leo, Jassal & Bakhai, 2005; Meichenbaum & Turk, 1987; Mercier, 1989; Osterberg & Blaschke, 2005; Pampallona, Bollini, Tibaldi, Kupelnick & Munizza, 2002; Sher, McGinn, Sirey & Meyers, 2005; Thiruchelvam, Charach & Schachar, 2001; Vermeire, Hearnshaw, Van Royen & Denekens, 2001; Winnick, Lucas, Hartman & Toll, 2005), ce taux pouvant atteindre 60% chez certaines populations cliniques à faible revenu (Becker & Mainman, 1975; Demmytenaere, 1997) ou chez les adolescents (Ghaziuddin, King, Hovey, Zaccagnini & Ghaziuddin, 1999). Par exemple, dans l'étude de Bastiaens et al. (2000), selon une infirmière responsable de patients anxieux ou dépressifs de retour à leur domicile, le taux d'observance de la prescription n'est que de 68,5% (donc 31,5% d'inobservance).

L'efficacité de la pharmacothérapie est associée à l'observance de la prescription par le patient (Baillargeon, Contreras, Grady, Black, & Murray, 2000; Benkert et al., 1997; Bourgeois, 2005; Cramer & Rosenheck, 1998; Dolder et al., 2003; Meichenbaum & Turk, 1987; Osterberg & Blaschke, 2005; Pampallona et al., 2002; Taj & Khan, 2005; Weiden & Rao, 2005). À l'inverse, l'inobservance d'une prescription pharmacologique peut avoir des conséquences importantes et malheureuses, telles un accroissement de la sévérité des symptômes, des hospitalisations et des rechutes (Delgado, 2000; World Health Organisation Takles Problem of Poor Treatment Adherence, 2003). Lorsqu'elle

est faite de façon subreptice, l'inobservance peut aussi amener le prescripteur à conclure à l'inefficacité de la prescription (Leo et al., 2005).

Bien que l'importance de la notion d'observance pour comprendre les phénomènes associés à la pharmacoprescription fasse l'objet d'un relatif consensus parmi les chercheurs et les cliniciens, il en est autrement en ce qui concerne sa définition (Fawcett, 1995; Lerner, 1997; Pound et al., 2005; Ross, 1991; Vermeire et al., 2001; Weiden & Rao, 2005), sa mesure et sa modélisation (Gordis, 1976; Nichol, Venturini & Sung, 1999; Osterberg & Blaschke, 2005; Vermeire et al., 2001). En effet, tant au niveau sémantique que conceptuel, la question de l'observance est passablement débattue. Faut-il parler de *compliance*, d'observance, de concordance ou d'adhésion? Et comment comprendre les taux élevés d'inobservance?

Vermeire et al. (2001) ont recensé plus de deux cents facteurs ayant déjà été mis en lien avec l'observance entre 1975 et 1999, ce qui, en soi, indique une certaine difficulté à bien comprendre ce phénomène, d'autant plus qu'aucun d'entre eux ne permet de le prédire fidèlement. Néanmoins, il appert que l'implication active du patient dans la prise en charge ainsi que l'empathie du professionnel prescripteur constituent des éléments clés dans la compréhension de l'observance (Vermeire et al., 2001). De façon plus spécifique, il semble que les patients adultes qui rapportent ressentir les effets positifs de la médication après une première dose ont tendance à être moins observants à long terme puisqu'ils croient pouvoir se passer de la médication (Baumann et al., 2004). En outre, chez les adultes, les patients inobservants sont ceux qui perçoivent la

médication comme une aide extérieure, voire une béquille, dont il vaut mieux se méfier (Baumann et al., 2004).

En 2003, l'Organisation Mondiale de la Santé (World Health Organization Tackles Problem of Poor Treatment Adherence, 2003) a indiqué que l'observance est un phénomène multidimensionnel impliquant des facteurs liés au patient, mais aussi des facteurs économiques, cliniques (liés à la maladie et au traitement) et contextuels (l'équipe de soins et le système de santé). Ainsi, pour la favoriser, il faudrait cibler plus d'un facteur plutôt que de se limiter à ceux liés au patient.

Par ailleurs, depuis la fin des années 80, certains auteurs n'abordent pas la question sous l'angle de l'efficacité thérapeutique (i.e. comportements d'observance «souhaitables» et d'inobservance «à risques»), mais ont plutôt le souci de prendre en considération la perspective du patient lors de l'étude de l'observance (Leventhal, 1985; Vermeire et al., 2001). Ainsi, Conrad (1985) considère que l'inobservance est une conduite d'auto-régulation par rapport à la prescription du médecin. Le patient peut alors décider de ne se conformer que partiellement aux recommandations médicales, selon ce qu'il juge pertinent, ou encore selon ses connaissances au sujet de sa maladie et l'inconfort relatif entraîné par le traitement ou par les symptômes. De ce point de vue, Vermeire et al. (2001) proposent d'étudier les motivations des patients en regard de leurs comportements d'observance, ceci incluant la relation thérapeutique et le contexte social dans lequel prend place la prescription.

La psychologie apporte une contribution spécifique au domaine de la pharmacologie par l'étude de l'observance de la prescription. En effet, d'un côté, la psychologie de la santé a souligné l'intérêt des théories subjectives de la maladie (Flick, 1992). De l'autre, l'intérêt porté par cette discipline à l'alliance thérapeutique, aux résistances (Bickman et al., 2004; Preston, 2000) et au processus de changement (Principe, Marci, Glick & Ablon, 2006) au sein d'une psychothérapie, permet d'enrichir la réflexion sur la relation instaurée avec le prescripteur et sur la motivation par rapport au traitement médicamenteux. Ainsi, de manière traditionnelle on considère que l'inobservance exprime une incapacité à accepter les recommandations du clinicien en ce qui a trait à une médication, à une hospitalisation, à une psychothérapie ou à un changement dans les comportements : elle constitue donc pour le patient un moyen de résister à l'une ou l'autre des interventions (Melamed & Szor, 1999). Or, les attitudes et les comportements dont fera preuve le patient à l'égard de sa prescription pharmacologique peuvent être comparés à l'alliance thérapeutique, à la résistance au changement et à d'autres manifestations défensives propres à la psychothérapie (Bickman et al., 2004; Preston, 2000). En ce sens, il est à noter que les sources de la résistance identifiées dans la psychothérapie et décrites par Preston (2002), peuvent facilement être transposées aux obstacles à l'observance d'une prescription pharmacologique (i.e. variables liées au patient, au traitement, à l'environnement ou au contexte, au clinicien et à la relation thérapeutique instaurée entre le patient et le clinicien).

Demmytenaere (1997) suggère quant à lui que l'observance peut être une idéologie venant justifier l'autoritarisme dont font preuve les médecins. En effet, elle est

fréquemment considérée comme la conduite idéale à atteindre. Dans le cas qui nous intéresse, il paraît essentiel de s'attarder à l'observance du traitement psychopharmacologique lorsque celui-ci s'intègre à un contexte d'autorité. En effet, le contexte d'autorité propre aux centres de réadaptation peut susciter par lui-même des résistances chez le résidant, tant en ce qui a trait à l'hébergement proprement dit, aux interventions psychoéducatives qui y prennent place ou aux interventions de nature médicale. Le médicament peut devenir l'objet par lequel il est possible d'exprimer son opposition et ses résistances, tant à l'égard du contexte que de la prescription pharmacologique.

Selon Lerner (1997), il serait souhaitable d'intégrer la notion d'observance dans un modèle prenant en considération aussi bien le contrôle du médecin sur son patient que les résistances du patient à suivre les instructions données par son médecin. En d'autres termes, il faudrait se demander jusqu'à quel point un médecin doit insister auprès d'un patient qui résiste à ses recommandations. Dans le même ordre d'idées, Green, Mitchell, Stocking, Cassel et Siegler (1996), qui ont étudié les dilemmes éthiques des médecins, rapportent que 29% d'entre eux admettent avoir déjà manipulé leurs patients afin qu'ils acceptent ou rejettent une procédure ou un test.

La mesure de l'observance

Plusieurs méthodes existent pour mesurer l'observance, ce qui contribue à la difficulté de conceptualiser ce phénomène et rend difficile la comparaison des études (Baumann et al., 2004). Ces mesures peuvent être objectives (i.e. mesures biologiques ou décompte des comprimés), ou encore subjectives (i.e. auto-révélation des patients ou

évaluation par une tierce personne) (Baumann et al., 2004; Cramer & Rosenheck, 1998; Dolder et al., 2003; Ellis, Shumaker, Sieber & Rand, 2000; Ghaziuddin et al., 1999; Osterberg & Blaschke, 2005; Vermeire et al., 2001; Vitolins, Rand, Rapp, Sibisl & Sevic, 2000). Les chercheurs appartenant à des équipes bio-médicales privilégient en général des marqueurs biologiques ou pharmaceutiques, tels les taux sanguins ou urinaires, tandis que les chercheurs en psychologie ou en sociologie ont surtout recours à des indicateurs indirects de l'observance, tels les attitudes, les comportements ou le décompte des comprimés non-utilisés sur une période donnée. L'auto-évaluation permet de connaître les motifs invoqués par les patients pour expliquer leur observance ou leur inobservance, qu'elle soit partielle ou totale (Ellis et al., 2000; Ghaziuddin et al., 1999; Vik, Maxwell & Hogan, 2004; Vitolins et al., 2000). De surcroît, cette dernière méthode est rapide, simple et réalisable dans un contexte de consultation clinique. Par contre, les études démontrent que l'auto-révélation des comportements d'observance a tendance à surestimer l'observance réelle (Horne & Weinman, 1999; Vitolins et al., 2000). En effet, les individus se décrivant inobservants le sont généralement, alors que ceux se décrivant observants ne sont pas toujours observants. Le risque avec ce type de mesure est donc d'obtenir plus de faux négatifs que de faux positifs. Aucune mesure auto-rélevée de l'observance n'est parfaitement validée, selon Ellis et al. (2000).

Observance et psychopharmacologie chez les mineurs

Pour plusieurs procédures d'évaluations cliniques d'enfants et d'adolescents (ex : échelles de Conners ou *Child Behavior Checklist* d'Achenbach, 1991), il est admis que l'auto-évaluation, à elle seule, ne suffit pas (Stanger & Lewis, 1993). Avec cette population, il est considéré préférable de se référer à des informateurs multiples, tels que

les parents, les professeurs, les cliniciens ou d'autres individus connaissant bien l'enfant (Chappuy, Tréluyer, Gary, Pons & Chéron, 2005; De Los Reyes & Kazdin, 2005; Kraemer et al., 2003; Stanger & Lewis, 1993; Youngstrom, Loeber & Stouthamer-Loeber, 2000). Par ailleurs, lorsqu'il s'agit de mesurer plus spécifiquement l'observance de la prescription de psychostimulants chez les enfants, Charach, Ickowicz et Schachar (2004) soutiennent que les évaluations des enfants eux-mêmes et de leurs parents sont les plus fiables.

L'étude de l'observance de la prescription de médicaments psychotropes chez les mineurs pose des problèmes particuliers, comme le rapportent Cohen et Collin (1997, p.99) : « Parce que les enfants ne consentent pas directement à la prescription de médicaments psychotropes et en expriment rarement la demande, la prescription est nécessairement plus sensible à des facteurs contextuels que la prescription aux adultes ». De façon plus spécifique, plusieurs considèrent qu'il est nécessaire de s'intéresser à la famille dans l'étude de l'observance chez les mineurs, puisque les enfants ne sont pas totalement responsables de la décision de consulter (Bickman et al., 2004), ni de la prise de leur médication telle qu'elle est prescrite (Chappuy et al., 2005; Corkum, Rimer & Schachar, 1999; Osterberg & Blaschke, 2005). Chappuy et al. (2005) soulignent que l'enfant, en raison de son vocabulaire moins développé, ne peut pas exprimer la nature et l'intensité de ses symptômes aussi clairement que les adultes. Une partie des communications avec le médecin et des attitudes entretenues au sujet de la médication repose donc sur les parents (Rappaport & Chubinsly, 2000) ou sur d'autres personnes significatives. Dans un même ordre d'idées, Krener et Mancina (1994) soulignent que les relations existant entre l'enfant et l'adulte responsable des soins, de même que la

coercition possible de l'enfant par les adultes tuteurs, interrogent le processus de consentement libre et propre à l'enfant.

Les facteurs associés à l'observance d'une médication psychotrope par les jeunes

Les enfants et les adolescents présentent une observance plus pauvre que les adultes (Ghaziuddin et al., 1999), les adolescents étant eux-mêmes davantage inobservants que les enfants (DosReis et al., 2003). Très peu d'études portant spécifiquement sur les adolescents hébergés en institution et ayant une prescription de médicaments psychotropes ont été réalisées. L'étude de Williams, Hollis et Benoit (1998) concerne les adolescentes hébergées dans un centre pour délinquantes en Georgie aux États-Unis, ce qui s'apparente au contexte ciblé par la présente étude. Elle a permis de constater que les traits et les attitudes spécifiques à cette population adolescente, soit : des sentiments d'invulnérabilité, une propension à éprouver de l'hostilité envers les figures d'autorité et la recherche d'autonomie, ont tendance à favoriser l'inobservance.

Chez les enfants et les adolescents qui ne sont pas hébergés en institution, les facteurs contributifs de l'observance de la médication psychotrope ont été davantage étudiés (par exemple aux États-Unis par Lloyd et al., 1998). Plus spécifiquement, certaines études nord-américaines ont pris pour objet l'observance de la prescription de psychostimulants (Bowen, Fenton & Rappaport, 1991; DosReis et al., 2003; Moline & Frankenberger, 2001), de stabilisateurs de l'humeur (Coletti, Leigh, Gallelli & Kafantaris, 2005), d'antidépresseurs (Bernstein, Anderson, Hektner & Realmuto, 2000) ou d'antipsychotiques (Pogge, Singer & Harvey, 2005).

DosReis et al. (2003) rapportent que 40% des parents révèlent que leur enfant refuse parfois de prendre la médication prescrite en raison de l'embarras lié à l'ingestion des comprimés ou encore à cause d'effets secondaires ressentis. Certains adolescents expliquent parfois leur refus de prendre des médicaments par la honte face au groupe de pairs (DosReis et al., 2003; Greenhill & Setterberg, 1993). La plupart des jeunes n'aiment pas prendre la médication psychotrope qui leur est prescrite, même s'ils jugent qu'elle peut être bénéfique. Bowen et al. (1991) observent que, même si la très grande majorité des participants à leur étude reconnaissent que la prescription de psychostimulants leur est utile, plusieurs d'entre eux expriment des sentiments de stigmatisation et de grandes inquiétudes par rapport aux effets attendus à long terme. Moline et Frankenberger (2001) obtiennent des résultats analogues auprès d'étudiants nord-américains âgés de 11 à 18 ans prenant des psychostimulants : plusieurs d'entre eux souhaiteraient interrompre leur traitement. Il importe de considérer de façon plus étendue la signification que revêt la prescription de médicaments psychotropes auprès des adolescents. Certains peuvent croire en effet que cela représente une tare, signifie qu'ils ne peuvent régler eux-mêmes leurs problèmes ou les empêche de mener une « vie normale » (Scharf & Williams, 2006).

Chez ces jeunes, les personnes significatives de leur entourage influencent l'observance de la prescription (Bush & Iannotti, 1990; Chappuy et al., 2005). Ainsi, dans le cas des jeunes habitant au domicile familial, le rôle des parents est important. Un dysfonctionnement familial (Bernstein et al., 2000) et une mauvaise communication parent-enfant peuvent interférer avec l'observance (Hack & Chow, 2001).

Chez les adolescents suivis sur une base ambulatoire (ou «à l'externe») en psychiatrie, des facteurs tels la non-adhésion au plan de traitement général et l'abus de substance après le congé sont associés à l'inobservance de la psychopharmacoprescription (Lloyd, et al., 1998; Pogge et al., 2005). De même, les adolescents ayant un trouble de l'opposition présenteraient une observance plus pauvre que les autres (Bernstein et al., 2000). En effet, l'identification d'un trouble de l'opposition par le personnel enseignant, sans présence de détresse psychologique chez le jeune lui-même, est un élément qui risque d'influencer négativement l'observance. À l'inverse, une relation positive entre l'efficacité perçue de la médication et l'observance est constatée chez les adolescents sous médication antipsychotique après un séjour à l'hôpital (Pogge et al., 2005). Chez les plus jeunes, la présence d'un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité permet généralement l'identification d'un grand nombre de symptômes avant le traitement, tant par l'enfant que par son entourage, ce qui peut entraîner une réponse positive au traitement et alors une meilleure observance (Thiruchelvam et al., 2001).

L'expérience des jeunes sous médicaments psychotropes

Outre l'étude de l'observance à l'aide de questionnaires standardisés, il est possible de s'intéresser à l'expérience subjective de la médication, une composante importante qui viendra influencer la régularité avec laquelle les médicaments prescrits seront consommés (Vermeire et al., 2001). Les « Health Belief Models » (Becker & Mainman, 1975) ont décrit l'observance comme étroitement liée à la perception du patient de sa vulnérabilité à la maladie, de la sévérité et des conséquences de cette maladie, ainsi que des bénéfices et des conséquences pouvant découler du traitement (Becker & Mainman, 1975; Conrad, 1985; DosReis et al., 2003; Pogge et al., 2005;

Vermeire et al., 2001). La prise en compte de la perspective du patient permet alors une compréhension plus juste des motivations sous-tendant ses comportements (Ellis et al., 2000; Melamed & Szor, 1999; Moline & Frankengerger, 2001; Vermeire et al., 2001). Les croyances personnelles des patients à l'égard de la psychologie viennent en ce sens influencer la régularité avec laquelle ils se présenteront à leurs rendez-vous, la motivation avec laquelle ils entreprendront leur démarche thérapeutique, ainsi que leur engagement dans le processus, incluant l'alliance thérapeutique. Dans le cas de la pharmacothérapie, les études montrent que l'expérience subjective des patients constitue une variable importante dans la compréhension de l'observance, tant chez les adultes (Bradley, 2003; Collin, 2002; Spoont, Sayer & Nelson, 2005; Vermeire et al., 2001) que chez les adolescents (Bradley, 2003; Floersch, 2003). En effet, les pratiques du patient en regard de ses médicaments sont fonctions de son interprétation personnelle des prescriptions du médecin, compte tenu de ses propres croyances, connaissances et perceptions (Bergmann, Dohin & Juillet, 2002; Delgado, 2000; Seo & Min, 2005; Vermeire et al., 2001). Selon le « Child Health Belief Model » (Bush & Iannotti, 1990), les éléments influençant l'observance chez les jeunes enfants diffèrent de ceux retrouvés chez les adolescents ou chez les adultes. En effet, les capacités cognitives et émotives de l'enfant évoluent avec les années, modulant la façon dont sont perçues la santé et la maladie. Ainsi, au fil des ans, les parents et autres adultes significatifs dans l'entourage seront de moins en moins appelés à intervenir, d'une part dans la relation thérapeutique avec le prescripteur et, d'autre part, dans l'administration des médicaments.

Devant l'ampleur des prescriptions de médicaments psychotropes chez les jeunes hébergés en centres de réadaptation, il est indiqué de se questionner sur la signification

que peut prendre l'observance d'une psychopharmacoprescription dans ces institutions. Que peut signifier la prescription d'une substance psychotrope pour l'adolescent? Quelles sont ses attitudes en rapport à celle-ci et sur quoi se fondent-elles? En d'autres mots, en quoi consiste l'expérience subjective de la prescription psychopharmacologique pour le jeune? De quelle façon le contexte d'autorité propre aux centres de réadaptation peut-il moduler le rapport aux substances psychotropes?

En somme, l'observance de la prescription pharmacologique est un sujet d'actualité et de grande importance, tant au niveau clinique (l'efficacité du médicament à soulager le patient) qu'économique (coûts individuels et sociaux qu'elle entraîne) (Misdrahi, Llorca, Lançon & Bayle, 2002; Osterberg & Blaschke, 2005; Vermeire et al., 2001). Aux États-Unis, les problèmes de mésusages des médicaments prescrits (suivi inadéquat, dosage inapproprié, inobservance du patient) entraînent de multiples hospitalisations et représentent des coûts économiques importants (Levy, Zamacana, & Jusko, 2000; McDonnell & Jacobs, 2002). Devant l'importance de l'inobservance et du mésusage de médicaments, il est primordial de comprendre les facteurs impliqués, afin de tenter de les modifier.

Objectifs de la thèse

Les deux objectifs principaux de la thèse consistent (i) à identifier les principaux facteurs associés à l'observance de la prescription psychopharmacologique en centres de réadaptation et (ii) à saisir les représentations de cette prescription par les adolescents. Afin de répondre au premier objectif, il s'agira tout d'abord de cerner comment la notion d'observance de la psychopharmacoprescription est discutée dans la littérature

scientifique et ce, tant chez les adultes que chez les enfants et les adolescents. L'élaboration et la validation d'un instrument de mesure de l'observance de la psychopharmacoprescription fera l'objet d'une seconde étape. Troisièmement, nous analyserons les facteurs contributifs et les prédicteurs des attitudes et des comportements d'observance de la prescription psychopharmacologique pour les adolescents en centres de réadaptation. Finalement, une analyse de type qualitatif de quinze entretiens semi-structurés permettra de répondre au second objectif par une exploration des perceptions des adolescents par rapport : (i) aux médicaments psychotropes et aux drogues illicites en général; (ii) aux médicaments psychotropes qui leur sont prescrits spécifiquement; (iii) aux problèmes de comportement ou de santé mentale les ayant amenés à utiliser ces médicaments psychotropes.

Organisation de la thèse

Chacun des cinq chapitres de cette thèse prend la forme d'article scientifique.

Dans un premier temps, il est apparu nécessaire d'étudier la notion d'observance d'un traitement psychopharmacologique, telle qu'elle se présente dans les centres de réadaptation. Ainsi, nous avons d'abord estimé important de conceptualiser la notion de l'observance et de déterminer les facteurs qui sont susceptibles de l'influencer chez les adolescents hébergés en centres de réadaptation. Le premier article de cette thèse, *Les facteurs contribuant à l'observance d'une psychopharmacothérapie chez les adolescents hébergés en centres de réadaptation*, est donc consacré à l'étude de l'observance d'un traitement psychopharmacologique prescrit pour une population adolescente hébergée en institution. À partir d'une recension des écrits, cinq facteurs pouvant contribuer aux

comportements et aux attitudes d'observance et d'inobservance de cette population hébergée en centres de réadaptation ont été dégagés. Nous avons donc élaboré un modèle visant à conceptualiser la notion d'observance en tenant compte des spécificités liées à la prise en charge dans ces milieux.

En second lieu, à partir de la recension des écrits, du modèle élaboré au premier chapitre et des travaux de Bastiaens (1992a), une grille d'évaluation des comportements et des attitudes d'observance de la prescription psychopharmacologique (ÉCAOPP) en 12 items, a été construite et validée (l'ÉCAOPP est présentée à l'Appendice A). Le second article – *Validation de l'Échelle d'évaluation des comportements et des attitudes d'observance des prescriptions psychopharmacologiques (ÉCAOPP)* – traite de cette mesure auto-révolée. Le contexte d'autorité caractérisant la prise en charge au sein des centres de réadaptation, de même que le fait que les usagers traversent leur adolescence, période de vie pouvant exacerber les comportements d'opposition, sont deux facteurs qui suggèrent la nécessité de faire appel à des observateurs externes (Greenhill & Setterberg, 1993; Williams et al., 1998). Le troisième chapitre – *L'observance de la prescription de médicaments psychotropes en centres de réadaptation telle qu'évaluée par un éducateur et par l'adolescent lui-même* – aborde la validation de l'Échelle d'évaluation des comportements d'observance pour un observateur (ÉCOPP-Obs) (présentée en Appendice A). De plus, il y est question de la comparaison des résultats obtenus à l'ÉCOPP-Obs avec ceux de l'ÉCAOPP. Les divergences observées entre les informations données par les adolescents et celles fournies par les éducateurs sont alors analysées.

La troisième étape du projet de recherche a consisté à dégager un modèle de prédiction de l'observance à l'aide d'une régression multiple pour les adolescents de l'échantillon. Nous y évaluons l'influence de variables issues de questionnaires objectifs (les questionnaires inédits ou en cours de validation sont présentés en Appendice B). Dans ce quatrième article – *Corrélat et prédicteurs de l'observance de la psychopharmacoprescription pour une population d'adolescents hébergés en centres de réadaptation* – nous avons tout d'abord comparé le portrait symptomatique et comportemental des adolescents et des adolescentes de l'échantillon, de même que les scores obtenus par l'auto-évaluation des attitudes et des comportements d'observance (mesurée par l'ÉCAOPP). Puis, les variables indépendantes les plus fortement associées aux attitudes et aux comportements d'observance ont été dégagées et ce tant pour les filles que pour les garçons hébergés en centres de réadaptation.

Devant la complexité de la notion d'observance, des facteurs y contribuant et du contexte spécifique des centres de réadaptation, le recours à plusieurs méthodes d'analyse et d'évaluation s'est imposé. L'accès aux motivations intrinsèques et extrinsèques des participants est apparu nécessaire afin de comprendre ce qui sous-tend leurs comportements et leurs attitudes face aux prescriptions psychopharmacologiques. L'observance peut alors être considérée comme une « situation » à investiguer et à comprendre, plutôt que comme un comportement à prédire, ce qui enrichit l'appréhension de ce phénomène multidimensionnel. La méthodologie qualitative privilégiée pour cet article (*Représentations des drogues proscrites et médicaments psychotropes prescrits chez les adolescents hébergés en centres de réadaptation*), soit

l'analyse d'entretiens semi-dirigés (dont la grille d'entrevue est présentée en Appendice C), a permis d'étudier ces aspects, dont le quantitatif ne peut rendre compte.

En conclusion de ce travail, les éléments issus de l'analyse quantitative et de l'analyse qualitative ont été combinés, ce qui a permis d'évaluer l'impact de facteurs contribuant à l'observance de la prescription psychopharmacologique chez les adolescents hébergés en centres de réadaptation. Puis y sont soulignées des pistes de recherche et d'interventions possibles en lien avec les conclusions dégagées.

Article 1

Les facteurs contribuant à l'observance d'une psychopharmacothérapie chez les
adolescents hébergés en centres de réadaptation

Catherine Laurier

Denis Lafortune

Déclaration des coauteurs

Étudiante : Catherine Laurier

Unité académique : Département de psychologie, Faculté des arts et des sciences

Grade postulé : Ph.D. Psychologie – recherche

Le premier article est intitulé « Les facteurs contribuant à l'observance d'une psychopharmacothérapie chez les adolescents hébergés en centres de réadaptation ».

Cet article est présentement sous-presse à la Revue Canadienne de Psychologie :

Laurier, C., & Lafortune, D. Les facteurs contribuant à l'observance d'une psychopharmacothérapie chez les adolescents hébergés en centres de réadaptation. *Revue Canadienne de Psychologie*.

À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que Catherine Laurier inclut cet article dans sa thèse de doctorat qui a pour titre *Étude de l'observance de la médication psychotrope chez les adolescents hébergés en centres de réadaptation*.

Denis Lafortune, Ph.D.

Coauteur

Signature

Date

27 sept 2006

Les facteurs contribuant à l'observance d'une psychopharmacothérapie
chez les adolescents hébergés en centres de réadaptation.

Catherine Laurier et Denis Lafortune *, Université de Montréal

* Adresse de correspondance : [REDACTED]

Université de Montréal

École de Criminologie

C.P. 6128 Succ. Centre-Ville

Montréal, Québec, Canada

H3C 3J7

Résumé

Cet article est consacré à l'étude de l'observance d'un traitement psychopharmacologique prescrit à une population adolescente hébergée en institution. À partir d'une recension des écrits, cinq facteurs qui contribuent aux comportements et aux attitudes d'observance et d'inobservance (d'auto-régulation) de cette population sont dégagés : (i) les caractéristiques personnelles des patients; (ii) les facteurs liés aux personnes significatives dans l'environnement des patients; (iii) les facteurs liés à la maladie et au traitement; (iv) la relation thérapeutique entre le prescripteur et l'adolescent; les quatre premiers facteurs étant influencés par (v) le contexte dans lequel prend place la prescription psychopharmacologique. Enfin, nous proposons un modèle visant à conceptualiser cette notion d'observance d'une prescription psychopharmacologique pour une population d'adolescents hébergés en centres de réadaptation, ainsi que les différents enjeux qui en découlent.

Mots-clés : adolescents, observance, médicaments psychotropes, centres de réadaptation.

Abstract

This article will study the compliance of psychotropic drug treatments for adolescents living in rehabilitation centers. From a recension of written work, it will be possible to gather the contributing factors of the compliance and to propose a model that will suit a specific context. Enquiry into the behaviours and attitudes of the group taking the medication will lead us to various conceptual and methodological considerations. The following are five prominent factors that contribute to the compliance: (i) The personal characteristics of the patient; (ii) Those factors linked with the people who are a significant part of the patient's environment; (iii) Those factors linked with the illness and its treatment; (iv) The context in which psychotropic prescription occurs; (v) The therapeutic relationship between the prescriber and the adolescent. All these factors contribute to the behaviours and attitudes of compliance and non-compliance (or self-regulation) of the patient. After they have been evaluated, it will be possible to get at the roots of the phenomenon of compliance with respect to psychotropic prescriptions given to a group of adolescents placed in youth care centers. Finally it will be possible to propose a model with the intentions of conceptualizing this notion.

Keywords : adolescents, compliance, psychotropic drugs, rehabilitation centers.

Les facteurs contribuant à l'observance d'une psychopharmacothérapie chez les adolescents hébergés en centres de réadaptation

Partout en Amérique du Nord, les intervenants psychosociaux sont de plus en plus invités à conceptualiser les problématiques cliniques qu'ils rencontrent en y intégrant une dimension biologique et un possible recours aux médicaments psychotropes. En raison de la grande prévalence des prescriptions de médicaments psychotropes, nous aurions pu supposer qu'une étude sur l'observance chez les adolescents en centres de réadaptation disposerait d'un cadre théorique et clinique clairement pré-établi. Or, tel n'est pas le cas. Très peu d'études ont été réalisées sur l'observance de la médication psychotrope par les enfants et les adolescents (Hack & Chow, 2001) et celles qui portent sur les jeunes en centres de réadaptation sont encore plus rares. De plus, si l'importance de la notion d'observance pour comprendre les phénomènes associés à la pharmacoprescription fait l'objet d'un relatif consensus parmi les chercheurs et les cliniciens, il n'en va pas de même pour sa définition, sa mesure et sa modélisation. La population des adolescents hébergés en centres de réadaptation pourrait apporter un éclairage spécifique sur ces questions, du fait de son contexte et de sa population. En effet, les contraintes propres à l'intervention en contexte d'autorité, conjuguées aux caractéristiques des adolescents qui y sont soumis (i.e. problèmes de comportement et d'opposition) pourraient préciser les façons de considérer certaines dimensions de l'observance dans ce contexte. Parmi ces dimensions, évoquons: les rapports entre l'acceptation de la médication, la persuasion et les négociations avec autrui, la surveillance exercée par des adultes (qui ne sont pas les parents), la place de la

prescription dans l'ensemble d'une prise en charge ou la place du médecin prescripteur dans l'ensemble des relations thérapeutiques et éducatives.

En premier lieu, dans cette recension des écrits, différentes définitions de la notion d'observance seront dégagées. Par la suite, nous recouperons les caractéristiques les plus prégnantes de ces conceptions de l'observance avec celles de la population des adolescents hébergés en centres de réadaptation. La combinaison des deux étapes précédentes permettra de dégager les facteurs contributifs les plus pertinents parmi ceux recensés et de proposer un modèle applicable à ce contexte de vie singulier qu'est celui du centre de réadaptation pour adolescents.

Stratégie de recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été effectuée à partir des moteurs de recherche PsychInfo, Medline et Current Content, pour la période allant de 1975 à 2005, en incluant les articles en langue anglaise et française. Les mots-clés étaient les suivants : *observance OU compliance OU adherence ET psychotropic medication*. D'emblée, tous les textes ont été sélectionnés parce qu'ils tentaient explicitement d'identifier des facteurs contributifs ou d'élaborer un modèle conceptuel de l'observance. Il est à noter que les articles traitant uniquement des troubles mentaux graves ou des médications antipsychotiques utilisées dans les cas de schizophrénie ont été exclus, car ils abordent des conditions psychiatriques rarement rencontrées chez les jeunes en centres de réadaptation. À l'aide de cette stratégie, un premier corpus de 105 articles a été constitué. Dans un deuxième temps, les articles devaient faire mention d'un des thèmes suivants pour être retenus: i) une population clinique de moins de 18 ans ou ii) l'intervention en contexte d'autorité. Étant donné le petit nombre d'articles identifiés par

ces critères plus restrictifs ($n=12$), nous nous sommes finalement penchés sur les bibliographies de chacun de ces 12 articles et avons procédé à une dernière sélection. Nous avons ainsi obtenu un corpus de 44 articles.

Bref survol historique des travaux sur l'observance

Bien que les préoccupations relatives à l'observance remontent aux origines de la profession médicale (Lerner, 1997), ce n'est qu'au cours des années 1970 que le discours sur cette notion est devenu plus scientifique et professionnel. À l'origine, la notion d'inobservance avait une connotation plus morale, étant souvent utilisée au sens de « mauvais usage » ou de « défi à l'autorité ». Puis, au cours des années 1950, ce jugement moral a été remplacé par l'étude des facteurs sociaux pouvant expliquer l'observance des recommandations médicales. Parsons (1951, tel que rapporté dans Lerner, 1997) a alors proposé le concept du « rôle de malade » pour désigner le fait que la société attend des malades qu'ils coopèrent entièrement aux recommandations médicales puisque leur condition les dégage de leurs responsabilités habituelles. Il est à noter que, dans cette conception, peu de place était laissée à la décision et à la position du malade par rapport à son traitement.

Durant les années 1960, l'utilisation du terme observance (« compliance » en anglais) est devenue plus courante, de même que la prise en compte de dimensions culturelles et environnementales dans la compréhension des comportements des patients en regard de leurs maladies et de leurs traitements. Cette démarche a conduit, au cours des années 1970, à l'élaboration des « Health Belief Models » (Becker & Mainman, 1975) puis au « Child Health Belief Model » (Bush & Iannotti, 1990) où l'observance a été définie comme étant étroitement liée à la perception qu'a le patient de sa

susceptibilité à la maladie, de la sévérité et des conséquences de cette maladie, ainsi que des bénéfices et des conséquences qui pourraient découler du traitement (Becker & Mainman, 1975; Conrad, 1985; DosReis et al., 2003). Dans ces modèles, outre les croyances du patient par rapport (i) à la maladie en général et (ii) à la maladie dont il est atteint, il importe d'examiner ses croyances par rapport (iii) aux médicaments en général et (iv) aux médicaments qui lui sont prescrits. Quand les « Health Belief Models » sont appliqués à la pharmacothérapie, il est entendu que le patient interprète à sa façon les prescriptions du médecin, puisqu'il a ses propres pratiques par rapport au médicament et ce, en fonction de ses croyances et perceptions. L'élaboration des « Health Belief Models » a constitué un point tournant dans la modélisation de la notion d'observance, dans la mesure où la prise en compte de la perspective du patient a permis une compréhension plus fine de ses comportements.

En 1979, Haynes a proposé une définition de l'observance qui est aujourd'hui encore reprise par plusieurs (i.e. Conrad, 1985; McDonald, Garg & Haynes, 2002; Ross, 1991; Trostle, 1998), soit: « la mesure dans laquelle le comportement d'un individu (en ce qui a trait à une médication, un régime ou un changement de mode de vie) correspond aux recommandations ou prescriptions du médecin » (p.2). Malgré la popularité de cette définition dans les écrits traitant de l'observance des traitements médicaux, pharmacologiques ou autres, différents termes y sont encore retrouvés pour y référer : observance, adhésion, « adherence » ou « compliance ». Devant ces variations sémantiques, Trostle (1998) adopte une position très critique. Face aux ambiguïtés de la notion et à l'expansion des recherches qui s'y intéressent, ce dernier estime que l'observance doit être considérée comme une notion relevant de l'idéologie. La recherche menée à ce sujet au cours des dernières décennies est, pour lui, le résultat du

monopole grandissant qu'ont la profession médicale et les compagnies pharmaceutiques sur la santé et sur l'existence humaine. L'observance, en tant que comportement du patient conforme aux attentes professionnelles, servirait alors d'instrument promotionnel pour vendre des médicaments.

Pour Lerner (1997) et Ross (1991) certaines de ces appellations, telles que patients « déviants, récalcitrants ou défiants » sont péjoratives, alors que d'autres, telle que patients « inobservants » le seraient moins. Pour Fawcett (1995), le terme « adhésion » (*adherence* en anglais) met plus l'accent sur la responsabilité qu'a le médecin de favoriser la meilleure observance possible de son patient. « Compliance », par comparaison, évoque plus l'obéissance du patient et son respect de l'autorité médicale. Finalement, tandis que certains définissent l'observance proprement dite (Baumann & Trincard, 2002; Meichenbaum & Turk, 1987), désignée dans cet article comme le « pôle positif » du phénomène, d'autres s'attardent surtout au « pôle négatif » qu'est l'inobservance (Ellis, Shumaker, Sieber & Rand, 2000; Willey et al., 2000). Un dernier groupe d'auteurs (Conrad, 1985; Grasset, Bonvin & Pomini, 2000; Sleator, 1985) évite cette polarisation et définit plutôt une série de comportements d'« auto-régulation » par lesquels les patients tentent de reprendre un peu de pouvoir sur leur traitement (ex : une augmentation ou une diminution du dosage prescrit, par l'ajout de doses, par l'irrégularité des prises ou encore par la consommation de remèdes alternatifs).

Cette confusion terminologique a conduit à des inconsistances dans les mesures utilisées pour évaluer l'observance. Les mesures n'étant pas uniformes d'une étude à l'autre, cela a contribué à rendre la comparaison des résultats très difficile. La fidélité, le respect, l'adhésion, l'obéissance ou la soumission aux recommandations médicales sont

habituellement utilisés pour opérationnaliser le pôle positif de l'observance (Baillargeon, Contreras, Grady, Black & Murray, 2000; Baumann & Trincard, 2002; Britten, 1998; Grasset et al., 2000; Haynes, 1979; Sleator, 1985). Des comportements de refus (Dixon, Weiden, Torres & Lehman, 1997), d'oubli (Conrad, 1985; Willey et al., 2000; Dixon et al., 1997), d'arrêt ou d'interruption de la médication (Conrad, 1985; Grasset et al., 2000), révèlent, quant à eux, le pôle négatif de l'inobservance.

Au plan conceptuel, dans l'étude du pôle positif (Baumann & Trincard, 2002; Meichenbaum & Turk, 1987), il faut départager (i) l'obéissance aux instructions et aux prescriptions du professionnel de la santé, qui caractériserait un patient essentiellement passif, de (ii) l'engagement actif et volontaire, qui caractériserait un patient plus actif et engagé dans l'atteinte d'un résultat thérapeutique désiré. Les mêmes distinctions peuvent être appliquées à l'étude du pôle négatif, soit l'inobservance. Ellis et al. (2000) de même que Willey et al. (2000) nous invitent à concevoir qu'un premier individu puisse refuser de se conformer aux recommandations du prescripteur de façon consciente et délibérée : lorsqu'il n'est pas d'accord avec son médecin ou ne tolère pas les effets secondaires du médicament par exemple. Dans ce cas, il y aurait lieu de parler de non-adhésion intelligente (Ellis et al., 2000) ou d'inobservance intentionnelle (Willey et al., 2000). Un autre individu pourrait adopter le même comportement sans opérer un tel jugement : s'il ne reconnaît pas son problème ou ne comprend pas bien comment il doit prendre ses médicaments par exemple. Dans ce dernier cas, il serait préférable de parler de non-adhésion erratique (Ellis et al., 2000) ou d'inobservance non-intentionnelle (Willey et al., 2000).

Indépendamment du pôle étudié, une distinction apparaît donc essentielle : le patient exerce ou non un jugement face à sa prescription et cela le mène par des voies

bien différentes à l'observance ou à l'inobservance. Autrement dit, le patient peut être (ou non) considéré comme une personne consentante, volontaire et responsable face à son traitement. Cette attention portée à la responsabilité du patient à l'égard de son traitement prend toute son importance lorsqu'il s'agit d'étudier les adolescents en centres de réadaptation. Ces adolescents pouvant être plus ou moins contraints de prendre une médication, il paraît nécessaire de questionner autant leurs attitudes que leurs comportements manifestes face aux médicaments. En effet, leurs comportements pourraient parfois «correspondre aux recommandations ou prescriptions du médecin» (cf : Haynes, 1979) tout en n'étant motivés que par un simple conformisme superficiel.

Facteurs contribuant à l'observance chez les adultes et chez les jeunes

De l'ensemble des écrits recensés, il se dégage que (i) des caractéristiques personnelles du patient, qu'elles soient de nature socio-démographique ou plutôt liées à des traits et des attitudes, peuvent contribuer à l'observance (Meichenbaum & Turk, 1987). Elles seront discutées avant que ne soient abordés : (ii) les facteurs liés aux personnes significatives, (iii) ceux liés à la maladie et au traitement et (iv) la relation thérapeutique qui s'établit entre le prescripteur et le patient. Une dernière section sera consacrée (v) au contexte de demande d'aide volontaire ou, au contraire, d'autorité dans lequel prend place la prescription psychopharmacologique.

Caractéristiques personnelles des patients

Plusieurs recherches portant sur les adultes (Conrad, 1985; McDonald et al., 2002; Ghaziuddin, King, Hovey, Zaccagnini & Ghaziuddin, 1999) concluent qu'il n'y a

pas de relation significative entre l'inobservance et les caractéristiques socio-démographiques du patient tels la classe sociale, le sexe, le niveau d'éducation et le statut marital. Toutefois dans d'autres études réalisées auprès d'adultes, (Becker & Mainman, 1975; Horne & Weinman, 1999), l'âge du patient est identifié comme un prédicteur du comportement d'observance; les adultes moins âgés étant plus observants que les plus vieux (principalement à cause des déficits cognitifs qui sont plus fréquents chez les personnes âgées et qui entraînent des oublis et un manque d'organisation dans la prise des médicaments). Lorsque la variable « âge » est considérée chez les jeunes, elle est définitivement liée à l'observance, les enfants étant plus observants que les adolescents. L'étude de Thiruchelvam, Charach et Schachar (2001), portant sur les prescriptions de psychostimulants auprès d'enfants le montre bien. Ces auteurs précisent toutefois que si les jeunes sujets sont plus observants que les plus vieux, c'est principalement parce que ce sont les parents ou d'autres adultes qui assument la responsabilité de la prise des médicaments.

La prescription de médicaments psychotropes touche 36,6% des enfants et des adolescents en centres de réadaptation (Lafortune, Laurier & Gagnon, 2004). Les centres de réadaptation, faisant partie de la structure des Centres jeunesse¹, sont des institutions ayant le mandat d'intervenir entre autres auprès des jeunes de moins de 18 ans qui vivent une situation qui compromet leur sécurité ou leur développement provenant soit de leur entourage (négligence, abandon, abus) ou de leurs propres comportements (délits, abus de drogue, tentatives de suicide, etc.). Les intervenants supervisent la prise de médicaments des jeunes hébergés en centres de réadaptation (Bouchard, 2002).

¹ Pour situer en quelques mots quelle peut être la population desservie par les Centres Jeunesse, rappelons qu'en 1998, le Conseil québécois d'agrément a confié quatre missions spécifiques à ces établissements: la délinquance juvénile; la protection de la jeunesse; les services particuliers (adoption, retrouvailles, expertise à la Cour, médiation familiale) et développement des réseaux de milieux de vie substituts.

Toutefois, au fur et à mesure que les jeunes approchent de leur majorité, les éducateurs tentent de leur remettre la responsabilité de leur traitement pharmacologique. Nous considérons donc que l'âge doit être pris en compte en tant que facteur contribuant à l'observance de la psychopharmacoprescription en centres de réadaptation.

Du côté des adultes, il semble que certains traits et attitudes personnelles soient susceptibles d'influencer le comportement d'observance. Par exemple, l'hostilité, l'agressivité et l'indépendance sont liées à l'inobservance (Mercier, 1989). L'aptitude et la volonté du patient à suivre les recommandations de son médecin (Grasset et al., 2000; DiMatteo, 1994), ainsi que son autonomie (Baumann & Trincard, 2002; Lerner, 1997) peuvent en contrepartie influencer positivement l'observance de la psychopharmacoprescription. Il est aussi constaté qu'une histoire personnelle marquée par des antécédents d'inobservance augmente la probabilité de répéter ce comportement (Baillargeon et al., 2000; Haynes, 1979). À ce niveau, il importe de signaler que, selon le « Child Health Belief Model », les éléments influençant l'observance diffèrent selon la population à l'étude, soit : les jeunes enfants, les adultes ou les adolescents (Bush & Iannotti, 1990). En effet, les capacités cognitives et émotives de l'enfant évoluent avec les années. De cette maturation sont modulées les perceptions de la santé et de la maladie. Par conséquent, il importe de connaître les caractéristiques cognitives et émotives propres à chaque groupe d'âge.

On peut s'attendre à ce qu'à l'adolescence, il y ait une sensibilité accrue aux opinions du groupe de pairs et une certaine opposition aux buts ou visées investis par des adultes. Des études s'intéressant à la non-observance des prescriptions de médicaments psychotropes chez les adolescents (Greenhill & Setterberg, 1993; Williams, Hollis & Benoit, 1998) discernent des traits et attitudes spécifiques à cette population, soit: des

sentiments d'invulnérabilité, une propension à éprouver de l'hostilité envers les figures d'autorité et la recherche d'autonomie (Bastiaens, 1995). L'embarras face au groupe de pairs est aussi un motif invoqué par les adolescents pour expliquer leur refus de prendre des médicaments (DosReis et al., 2003; Greenhill & Setterberg, 1993). Ainsi, même s'ils reconnaissent qu'elle les aide, la plupart des jeunes n'aiment pas prendre de médication psychotrope. Bowen, Fenton et Rappaport (1991) regroupent 58 jeunes prenant des psychostimulants et ils observent que, même si 89% des participants reconnaissent que la médication est utile, 40% d'entre eux expriment des sentiments de stigmatisation et de grandes inquiétudes par rapport aux effets attendus à long terme. Moline et Frankenberger (2001) obtiennent des résultats analogues après avoir interrogé 40 étudiants âgés de 11 à 18 ans prenant des psychostimulants : 35% d'entre eux souhaiteraient interrompre leur traitement. Selon Scott, Lore et Owens (1992), les adolescents psychiatisés adhèrent fortement à l'idée que «... *les gens devraient résoudre leurs problèmes par eux-mêmes*». Ces caractéristiques propres à l'adolescence devront être considérées attentivement au moment d'identifier les facteurs contribuant à l'observance de la psychopharmacoprescription dans le contexte des centres de réadaptation.

Facteurs liés aux personnes significatives dans l'environnement des patients

L'environnement social constitue un autre élément pouvant influencer l'observance de la médication psychotrope. Chez les adultes souffrant de troubles psychiatriques, l'offre de soins à domicile (« *psychiatric home care* ») favorise une plus grande observance, car les patients bénéficient alors de rappels et d'encouragements (Morris, 1996). De même, les personnes âgées qui bénéficient d'un support social

peuvent se faire rappeler de prendre leur médication et recevoir de l'aide, que ce soit pour la préparer ou renouveler les prescriptions (Van De Geest, Renteln-Kruse, Steeman, Degraeve, & Abraham, 1998). Dans un même ordre d'idées, Sher, McGinn, Sirey et Meyers (2005) rapportent que l'environnement social peut avoir une influence positive sur le comportement d'observance aux antidépresseurs. Ainsi, les personnes mariées souffrant de dépression auraient de meilleurs comportements d'observance que les célibataires dans un état similaire.

Chez les jeunes, les personnes significatives dans l'entourage du patient viennent certainement influencer l'observance de la prescription (Bush & Iannotti, 1990; Chappuy, Tréluyer, Gary, Pons & Chéron, 2005). Ainsi, un dysfonctionnement familial et une mauvaise communication parent-enfant peuvent interférer avec l'observance (Hack & Chow, 2001). L'observance de la prescription est sujette à devenir un objet de conflits entre les parents et les adolescents et ainsi d'en souffrir (Greenhill & Setterberg, 1993). Par ailleurs, lorsque des psychostimulants sont prescrits aux enfants atteints du trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, l'inconfort des parents avec la pharmacothérapie et la crainte de la stigmatisation (Williams et al., 1998) sont des motifs d'échec du traitement, malgré l'effet thérapeutique et l'absence d'effets secondaires incommodes pour le jeune.

Dans le cas des adolescents plus vieux ayant été hospitalisés pour des troubles de l'humeur, les attitudes des parents n'influencent pas autant l'observance de la prescription de médicaments psychotropes après le congé. Cela pourrait s'expliquer partiellement par un mouvement d'autonomie de la part de ces adolescents (Bastiaens, 1995). En centres de réadaptation, les adolescents sont accompagnés par des éducateurs au quotidien. *L'étude des besoins prioritaires en matière de programmes chez les*

*adolescents au CJM-IU*² (Gaudet & Chagnon, 2003) montre bien qu'une grande majorité d'intervenants psychosociaux œuvrant dans ces établissements sont très préoccupés par les problèmes de santé mentale dont souffrent les jeunes. Cependant, des travaux américains rapportent que les « intervenants jeunesse » sont passablement divisés sur les questions de l'efficacité et de la sécurité des médicaments psychotropes (Moses, 2003). Si l'on se fie aux travaux de Berg et Wallace (1987), ils risquent d'être enclins à choisir l'un de ces rôles : « assistant du médecin », « consultant-collaborateur du médecin » ou plutôt, « avocat du jeune patient ».

Les adolescents hébergés maintiennent généralement des liens avec leurs parents lors de sorties autorisées les fins de semaine. Alors que pour certains adolescents les parents sont impliqués et gardent leur rôle de « personnes significatives », pour d'autres, les parents sont moins présents, chacun des intervenants (éducateurs et médecin) pouvant être amené à jouer un rôle de substitut parental. Par ailleurs, si certains de ces parents sont tout à fait ouverts à la médication, d'autres y sont très réfractaires (Bouchard, 2002). Il est donc logique d'émettre l'hypothèse que les perceptions et attitudes de ces adultes significatifs auront une influence non-négligeable sur l'observance des adolescents placés en institution. Bradley (2003) propose la notion de « triangle thérapeutique » pour désigner la relation thérapeutique plurielle (médecin prescripteur, intervenant et adolescent dans ce cas-ci) qui peut s'installer dans de tels contextes. Dans ce triangle thérapeutique, sont considérées les attitudes du patient, de l'intervenant et du médecin et ce, autant par rapport au trouble diagnostiqué, qu'au traitement.

² Centre Jeunesse de Montréal – Institut Universitaire

Facteurs liés à la maladie et au traitement

Tant chez les adultes que les jeunes, certains facteurs liés à la nature de la maladie et du traitement peuvent contribuer aux comportements d'observance (Bourgeois, 2005; Ellis et al., 2000; Grasset et al., 2000; Horne & Weinman, 1999; Leo, Jassal, & Bakhai, 2005; Meichenbaum & Turk, 1987; Mercier, 1989). Ces facteurs peuvent être statiques, principalement lorsqu'il est question de la nature de la maladie, ou dynamiques, quand il s'agit du choix d'un traitement. Ainsi, une condition psychiatrique complexe dont les symptômes sont difficiles à percevoir pour le patient (ex. : symptômes paranoïdes, schizoïdes ou troubles de personnalité) tend à entraîner une moins bonne observance (Bourgeois, 2005 ; Conrad, 1985 ; Haynes, 1979). Il peut en être ainsi en raison de l'état de désorganisation dans lequel se trouve le patient ou en raison d'un manque d'auto-critique (ou «insight»).

Chez les plus jeunes, le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité permet généralement l'identification d'un grand nombre de symptômes avant le traitement, tant par l'enfant que par son entourage, ce qui peut entraîner une réponse positive au traitement et une meilleure observance (Thiruchelvam et al., 2001). Par contre, l'identification d'un trouble de l'opposition par le personnel enseignant sans qu'il n'y ait de détresse psychologique chez le jeune lui-même, est un élément qui risque d'influencer négativement l'observance.

L'étude multi-sites de Pauzé (2000) révèle que, selon la réponse des parents au Diagnostic Interview Schedule for Children : 29 % des jeunes en centres de réadaptation présentent des troubles des conduites, 26% des troubles oppositionnels avec provocation, 23 % des troubles d'anxiété généralisée, 21 % des troubles de déficits de l'attention et d'hyperactivité et 12 % une dépression majeure. Cette forte proportion de

troubles externalisés laisse supposer que les adolescents en centres de réadaptation seront peu observants au traitement. En effet, les problématiques présentées par ces adolescents sont propres à engendrer (i) une opposition face à ce qui est proposé (comportements perturbateurs et impulsivité) ou encore (ii) des oublis de prendre les médicaments (troubles d'attention).

En outre, certaines caractéristiques du traitement peuvent être liées, bien que de façon limitée, à son observance : les effets secondaires en découlant, sa durée, sa complexité et les coûts qui y sont associés (Bourgeois, 2005; DosReis et al., 2003; Ellis et al., 2000; Ghaziuddin et al., 1999; Hack & Chow, 2001; Haynes, 1979; Leo et al., 2005; Meichenbaum & Turk, 1987; Mercier, 1989). Ainsi, chez les plus jeunes, l'aversion et la difficulté d'ingérer le comprimé peuvent être des motifs invoqués par les enfants pour expliquer leur refus (DosReis et al., 2003; Greenhill & Setterberg, 1993). Dans le cas des adolescents, il semble que le fait d'avoir déjà été sous médication psychotrope favorise une meilleure acceptation d'un traitement psychopharmacologique subséquent (ce traitement étant déjà plus familier) (Baillargeon et al., 2000; Williams et al., 1998). En centres de réadaptation, des « dosettes » et des piluliers ³ individualisés ont été introduits récemment afin de faciliter la prise quotidienne des médicaments.

La relation thérapeutique

La relation thérapeutique entre le médecin et le patient adulte influence passablement les comportements d'observance (DiMatteo, 1994; Grasset et al., 2000;

³ Il s'agit d'une petite boîte à cases multiples où l'on place les médicaments que l'on doit prendre pendant une certaine période. En centres de réadaptation, le pilulier est le plus souvent rempli sur une base hebdomadaire par l'infirmière présente sur le campus ou par la pharmacie fournissant les médicaments aux centres. Ils sont utilisés pour gérer de façon optimale les prises de médicaments; il est ainsi possible de voir rapidement si une dose a été omise dans la journée.

Haynes, 1979; Leo et al., 2005; Meichenbaum & Turk, 1997; Trostle, 1998). Il va sans dire que le degré de supervision du patient par son médecin peut influencer l'observance du traitement par le patient. De manière réciproque, le traitement pharmacologique peut altérer la relation thérapeutique, par exemple si le médicament est investi de manière manichéenne par le patient et qu'il devient *tout bon* ou *tout mauvais* à ses yeux (Grasset et al., 2000). Pour Conrad (1985), l'observance n'est pas considérée de la même façon par le patient que par le médecin. Du point de vue du prescripteur, l'observance peut parfois équivaloir à une certaine passivité et une dépendance du patient, considéré comme soumis aux ordres et aux exigences du médecin. Le médecin, son style de communication, ainsi que les explications et les informations qu'il fournit ont un effet sur les comportements du patient (Becker & Mainman, 1975; Conrad, 1985; Davis, 1968; Korsch, Gozzi, & Francis, 1968; Leo et al., 2005; Ross, 1991; Sleath, Roter, Chewning, & Svarstad, 1999). Di Matteo (1994) a révélé que, dans au moins la moitié des cas, le patient quitte le bureau de son médecin sans avoir compris ce que ce dernier lui a dit et sans connaître les comportements à adopter pour prendre soin de sa santé. Les patients, quant à eux, mentionnent souvent qu'ils appréhendent les réactions négatives de leur médecin s'ils en viennent à lui poser trop de questions (Sleath et al., 1999). L'inobservance peut aussi devenir une façon pour le patient de communiquer avec son médecin. Cette communication repose davantage sur des passages à l'acte que sur l'échange verbal (Mercier, 1989). En somme, si l'inobservance peut être liée à des modes de communication déficients entre le médecin et le patient, une bonne communication n'assure pas nécessairement une meilleure observance (Korsch et al., 1968).

En étudiant la littérature scientifique, on constate rapidement que certaines caractéristiques attendues de la relation patient-médecin ne peuvent être transposées à la population des adolescents en centres de réadaptation. En centres de réadaptation, le médecin prescripteur est très souvent (dans 80% des cas) un consultant extérieur qui doit apprendre à se familiariser avec les stratégies d'intervention propres à un environnement qui n'est pas un milieu médical traditionnel (Lafortune & Laurier, 2005). De plus, le contexte de la prescription est souvent modulé par la demande des intervenants ou des proches (inquiétudes, cas difficiles, impasses thérapeutiques, Bouchard, 2002). Les conditions ne sont certes pas réunies pour que la communication entre médecin et la patient soit facile et ce, d'autant plus que ces entretiens s'inscrivent dans un contexte d'autorité.

L'observance et intervention en contexte d'autorité

Dans les centres de réadaptation, les intervenants ont pour défi d'instaurer un lien de confiance ou une alliance thérapeutique dans un contexte d'autorité. Il s'agit donc d'un milieu tout à fait intéressant pour étudier les questions relatives à l'observance. En effet, les diverses définitions de la notion d'observance (attitude versus comportement, obéissance passive versus adhésion active) risquent d'y être mises en évidence, voire exacerbées. La notion d'observance *optimale* d'une psychopharmacoprescription, telle que décrite par Grasset et al. (2000), suppose un « équilibre relationnel [...] entre la maladie, le malade, le médecin, le remède et la médecine » (p. 138). Cette notion paraît difficile à appliquer au cas des jeunes hébergés en institution, où le contexte d'autorité laisse peu de place à la possibilité de choisir son médecin, où l'administration des médicaments psychotropes est étroitement surveillée et

où les jeunes sont habituellement accompagnés par un tuteur lors des rencontres avec leur médecin (Bouchard, 2002).

Dans ces institutions, les adolescents sont sous une surveillance variable d'un type d'unité à l'autre. En effet, la surveillance est plus souple dans les ressources dites « foyers de groupe », plus étroite dans les unités institutionnelles régulières et presque constante dans les unités institutionnelles dites « d'encadrement intensif ». Cela influence probablement le rapport aux médicaments prescrits qui, dans certains milieux, peuvent devenir des « ordonnances » au sens propre du mot. Les études de Baillargeon et al. (2000) et de Williams et al. (1998) ont porté respectivement sur l'observance de la prescription d'antidépresseurs chez les détenus et sur les attitudes des adolescentes incarcérées face à leur prescription de médicaments psychotropes. Ces deux études ont su mettre en évidence que le contexte d'autorité est un déterminant important des attitudes et de l'observance. Bien que la consommation des médicaments prescrits ait lieu dans un contexte de contrainte, il existe souvent un espace à l'intérieur duquel l'adolescent peut décider de se conformer ou non et au sein duquel il lui appartient de fournir les efforts nécessaires à l'atteinte de ses objectifs. La résistance au traitement, qui s'observe fréquemment en milieu correctionnel (DosReis et al., 2003; Preston, 2000), a une influence considérable sur l'observance de la psychopharmacoprescription, l'inobservance devenant alors une manifestation de la résistance du patient face à l'ensemble du plan d'intervention.

Conclusion

En somme, dans cette recension des écrits, nous avons souligné que les définitions de l'observance varient le long de deux axes, l'un ayant des pôles positif

(conformité) et négatif (non-conformité) et l'autre des pôles actif/intentionnel et passif/non-intentionnel (Baumann & Trincard, 2002; Ellis et al., 2000; Meichenbaum & Turk, 1997; Willey et al., 2000). Puis, à la lumière des études portant sur des patients adultes ou plus jeunes, il s'est avéré que l'observance de la psychopharmacoprescription est un phénomène complexe qui relève de plusieurs facteurs : les caractéristiques personnelles du patient, l'attitude des personnes significatives dans l'univers du patient, la nature de la maladie, le traitement lui-même et la relation avec le médecin.

Puis, de façon plus spécifique, nous avons ajouté que les caractéristiques présentées par les adolescents hébergés en centres de réadaptation pourraient venir modifier la configuration des facteurs contribuant généralement à l'observance. Ainsi, la relation s'installant entre l'adolescent et le prescripteur est particulière puisque les éducateurs et les parents peuvent y être directement impliqués. Elle peut ne pas tendre nécessairement vers un « équilibre relationnel » tel qu'initialement proposé par Grasset et al. (2000). Il importe aussi de s'intéresser au contexte d'autorité dans lequel est prescrit le médicament puisqu'il peut influencer aussi bien les conduites que les attitudes d'observance présentées par les adolescents en centres de réadaptation. La figure 1 (présentée à la fin de cet article) résume l'ensemble des facteurs contribuant à l'observance de la psychopharmacoprescription chez les adolescents en centres de réadaptation, tels que dégagés par cette recension.

--- INSÉRER ICI FIGURE 1 ---

Pourquoi aborder l'observance dans les centres de réadaptation? Nous avons déjà précisé que la prescription de médicaments psychotropes touche 36,6% des enfants et des adolescents en centres de réadaptation. Or, il est reconnu que l'observance d'un traitement médical est un des principaux facteurs contribuant à l'amélioration de la santé

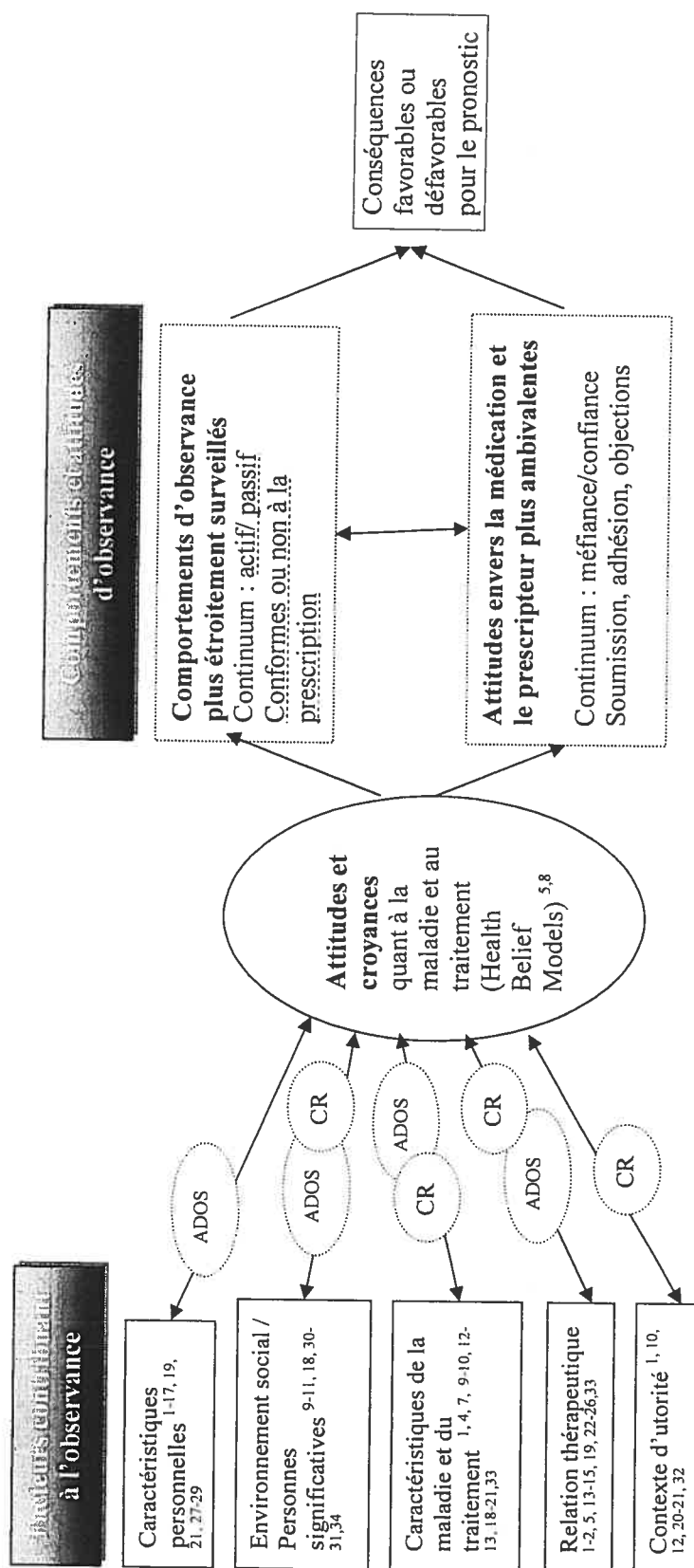
(Gordis, 1976). À l'inverse, le manque d'adhésion au traitement constitue une cause majeure d'échecs thérapeutiques, de réhospitalisations et de rechutes (Cramer & Rosenheck, 1998), en plus d'engendrer des erreurs lors de l'évaluation de l'efficacité des traitements, où il peut être un facteur confondant (Baillargeon et al., 2000; Meichenbaum & Turk, 1987; Pampallona, Bollini, Tibaldi, Kupelnick & Munizza, 2002). La plupart des recherches publiées n'étudient que la question de l'inobservance, soit le pôle négatif du phénomène, alors qu'il nous semble tout aussi important de considérer à la fois les motifs et les manifestations du pôle positif (Becker & Mainman, 1975; Mercier, 1989).

Comment aborder l'observance dans le contexte des centres de réadaptation? La distinction entre attitudes et comportements paraît ici essentielle. En effet, un adolescent pris en charge dans un contexte d'autorité peut : (i) adopter un comportement conforme à la prescription *et être convaincu* des bienfaits du médicament; (ii) adopter un comportement conforme *sans être convaincu* des bienfaits du médicament; (iii) adopter un comportement non-conforme à la prescription *même s'il est convaincu* des bienfaits du médicament (ex : opposition ou frustration) et (iv) adopter un comportement non-conforme *parce qu'il n'est pas convaincu* des bienfaits du médicament.

Par conséquent, en termes de recherches futures, quatre pistes nous paraissent prioritaires. Dans un premier temps, il serait important d'élaborer un instrument (ex : protocole d'entrevue structurée ou questionnaire) permettant d'apprécier à la fois les attitudes et les comportements d'observance des adolescents pris en charge dans les centres de réadaptation. Par ailleurs, il paraît nécessaire d'étudier l'influence qu'exercent sur ces attitudes et comportements, les différentes personnes significatives de l'adolescent à savoir : ses pairs, ses parents, son médecin et ses éducateurs/intervenants

psychosociaux. En d'autres termes, les messages que véhiculent toutes ces personnes par rapport aux médicaments sont-ils convergents? Divergents? Comment sont-ils interprétés par le jeune? En troisième lieu, il nous semble important de mettre à l'épreuve le modèle qui se dégage de cette recension des écrits en vérifiant les catégories de facteurs qui sont les plus fortement associés aux attitudes et aux comportements d'observance en centres de réadaptation : les facteurs liés aux jeunes eux-mêmes? Aux personnes significatives de l'entourage? Aux types de problèmes et symptômes? À la relation patient-médecin? Ou à l'intensité de l'encadrement et de la surveillance qui accompagne la prescription? Ajoutons qu'il est tout à fait possible que sur le plan des normes, les adultes ne s'attendent pas aux mêmes attitudes et comportements de la part d'un adolescent hébergé en centres de réadaptation, d'un jeune hospitalisé en milieu psychiatrique et d'un jeune en communauté. En d'autres termes, il y aurait lieu de vérifier si, outre le « rôle de malade », certains adultes n'ont pas aussi construit un « rôle de jeune mésadapté » lorsqu'ils se représentent la situation d'un adolescent hébergé en centres de réadaptation. Finalement, dans un autre ordre d'idées, nous croyons qu'il serait important de soumettre le modèle proposé à d'autres populations, contextes et situations afin de déterminer de quelle façon il pourrait s'y appliquer.

Figure 1 : Modèle conceptuel de l'observance d'une médication psychotrope en centres de réadaptation



1. Meichenbaum & Turk, 1987, 2. Conrad, 1985, 3. McDonald et al., 2002, 4. Ghaziuddin, King, Hovey, Zaccagnini, & Ghaziuddin, 1999, 5. Becker & Mainman, 1975, 6. Home & Weinman, 1999, 7. Thiruchelvam, Charach, & Schachar, 2001, 8. Bush & Iannotti, 1990, 9. Greenhill & Satterberg, 1993, 10. Williams, Hollis, & Benoit, 1998, 11. Bastiaens, 1995, 12. DosReis et al., 2003, 13. Mercier, 1989, 14. Grasset et al., 2000, 15. DiMatteo, 1994, 16. Baumann & Trincard, 2002, 17. Lerner, 1997, 18. Hack & Chow, 2001, 19. Haynes, 1979, 20. Bradley, 2003, 21. Baillargeon et al., 2000, 22. Trostle, 1998, 23. Davis, 1968, 24. Korsch, Gozzi, & Francis, 1968, 25. Ross, 1991, 26. Sleath, Roter, Cheung, & Svarstad, 1999, 27. Bowen, Fenton, & Rappaport, 1991, 28. Frankenberg, 2001, 29. Scott, Score, & Owen, 1992, 30. Morris, 1996, 31. Van De Geest, Rentein-Kruse, Steeman, Degraeve, & Abraham, 1998, 32. Berg, & Wallace, 1987, 33. Leo, Jassal, & Bakhtai, 2005, 34. Sher, McGinn, Sirey, & Meyers, 2005

Note 1. Il est possible de comprendre par les flèches bi-directionnelles de cette figure que les facteurs contribuant à l'observance et les attitudes et croyances entretiennent au sujet de la maladie et de son traitement telles que décrites par les Health Belief Models (Becker & Mainman, 1975) s'influencent réciproquement pour mener aux comportements d'observance et aux attitudes d'observance, lesquels s'influencent aussi réciproquement, d'où les flèches bi-directionnelles

Note 2. Les « bulles » nommées (1) ADOS et (2) CR symbolisent les endroits où les spécificités propres aux (1) adolescents hébergés en centres de réadaptation et (2) à ce contexte particulier où nous pouvons présumer qu'il y aura manifestation, bien qu'on ne soit en mesure actuellement d'en établir la mesure

Références

- Baillargeon, J., Contreras, S., Grady, J. J., Black, S. A., & Murray, O. (2000). Compliance with antidepressant medication among prison inmates with depressive disorders. *Psychiatric Services*, 51(11), 1444-1446.
- Baumann, M., & Trincard, M. (2002). Les attitudes d'autonomie dans l'observance thérapeutique d'une cohorte de consommateurs continus de psychotropes. *Encephale*, 28(5 Pt 1), 389-396.
- Bastiaens L. (1995). Compliance with pharmacotherapy in adolescents : effects of patients' and parents' knowledge and attitudes toward treatment. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 5(1), 39-48.
- Becker, M.H., & Mainman, L.A. (1975). Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations. *Medical Care*, 13(1), 10-24.
- Berg, W.E., & Wallace, M. (1987). Effect of treatment setting on social worker's knowledge of psychotropic drugs. *Heath and Social Work*, 12(2), 144-152.
- Bouchard, R. (2002). *Psychopharmacologie et prise en charge des adolescents dans les Centres jeunesse*. Mémoire de maîtrise inédit. École de criminologie, Université de Montréal.
- Bourgeois, J.A. (2005). Compliance with psychiatric treatment in primary care : review and strategies. *Primary Psychiatry*, 12(6), 40-47.
- Bowen, J., Fenton, T., & Rappaport, L. (1991). Stimulant medication and attention deficit-hyperactivity disorder. The child's perspective. *American Journal of Diseases of Children*, 145(3), 291-295.

- Bradley, S.S. (2003). The psychology of psychopharmacology triangle: the client, the clinicians and the medication. *Social Work in Mental Health, 1*(4), 29-50.
- Britten, N. (1998). Psychiatry, stigma, and resistance. Psychiatrists need to concentrate on understanding, not simply compliance. *British Medical Journal, 317*(7164), 963-964.
- Busch, P.J., & Iannotti, R.J. (1990). A Children's Health Belief Model. *Medical Care, 28*(1), 69-86.
- Chappuy, H., Tréluyer, J.-M., Gary, A., Pons, G., & Chéron, G. (2005). Observance médicamenteuse chez l'enfant. *Archives de pédiatrie, 12*, 921-923.
- Conrad, P. (1985). The meaning of medications : another look at compliance. *Social Sciences and Medicine, 20*(1), 29-37.
- Cramer, J.A., & Rosenheck, R. (1998). Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatric Services, 49*(2), 196-201.
- Davis, M.S. Variations in patients' compliance with doctors' advice: an empirical analysis of patterns of communication. (1968). *American Journal of Public Health & the Nation's Health, 58*(2), 274-288.
- DiMatteo, M. R. (1994). Enhancing patient adherence to medical recommendations. *JAMA: Jan 5, 271*(1), 79.
- Dixon, L., Weiden, P., Torres, M., & Lehman, A. (1997). Assertive community treatment and medication compliance in the homeless mentally ill. *American Journal of Psychiatry, 154*(9), 1302-1304.
- DosReis, S., Zito, J.M., Safer, D.J., Soeken, K.L., Mitchell, J.W.Jr, & Ellwood, L.C. (2003). Parental perceptions and satisfaction with stimulant medication for

- attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 24(3), 155-162.
- Ellis, S., Shumaker, S., Sieber, W., & Rand, C. (2000). Adherence to pharmacological interventions. Current trends and future directions. *The Pharmacological Intervention Working Group. Controlled Clinical Trials*, 21(5 Suppl), 218S-225S.
- Fawcett, J. (1995). Compliance: definitions and key issues. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56 (Suppl 1), 4-8.
- Gaudet, J., & Chagnon, F. (2003). *Étude des besoins prioritaires en matière de programmes chez les adolescents au CJM-IU*. Montréal. Centre jeunesse de Montréal.
- Ghaziuddin, N., King, C.A., Hovey, J.D., Zaccagnini, J., & Ghaziuddin, M. (1999). Medication noncompliance in adolescents with psychiatric disorders. *Child Psychiatry and Human Development*, 30(2), 103-110.
- Gordis, L. (1976). Methodologic Issues in the Measurement of Patient Compliance. In Sackett D., Haynes R. B. (Eds.). *Compliance with Therapeutic Regimens* (pp.51-66). Baltimore : Johns Hopkins University Press.
- Grasset, F., Bonvin, E., & Pomini, V. (2000). Pharmacothérapie psychotrope, compliance au traitement et observance des prescriptions. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 120(2), 137-143.
- Greenhill, L.L., & Setterberg, S. (1993). Pharmacotherapy of disorders of adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 16(4), 793-814.

- Hack, S., & Chow, B. (2001). Pediatric psychotropic medication compliance: a literature review and research-based suggestions for improving treatment compliance. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 11(1), 59-67.
- Haynes, R.B. (1979). Introduction. In Haynes, R.B., Taylor, D.W., and Sackett, D.L. (Eds.), *Compliance in Health Care* (pp.1-7). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Horne, R., & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(6), 555-567.
- Korsch, B.M., Gozzi, E.K., & Francis, V. (1968). Gaps in doctor-patient communication. *Pediatrics*, 42, 855-871.
- Leo, R.J., Jassal, K., & Bakhai, Y.D. (2005). Nonadherence with psychopharmacologic treatment among psychiatric patients. *Primary Psychiatry*, 12(6), 33- 39.
- Lerner, B.H. (1997). From careless consumptives to recalcitrant patients: the historical construction of non-compliance. *Social Sciences and Medicine*, 45(9), 1423-1431.
- Lafortune, D., Laurier, C., & Gagnon, F. (2004). Prévalence et facteurs associés à la prescription de médicaments psychotropes chez les sujets placés en Centre Jeunesse. *Revue de psychoéducation*, 33(1), 157-176.
- Lafortune, D. & Laurier, C. (2005) Le recours aux médicaments psychotropes dans la prise en charge des jeunes hébergés dans les Centres Jeunesse. In Guyon, L., Brochu, S., et Landry, M. (Eds.), *Les jeunes et les drogues*, pp. 203-233. Québec : Presses de l'Université Laval.

- McDonald, H.P., Garg, .X., & Haynes, R.B. (2002). Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: scientific review. *Journal of the American Medical Association*, 288(22), 2868-2879.
- Meichenbaum, D., & Turk, D.C. (1987). *Facilitating treatment adherence*. New-York: Plenum Press.
- Mercier, C. (1989). Le rôle des facteurs subjectifs dans la fidélité à la médication. *Revue canadienne de psychiatrie*, 34, 662-667.
- Moline, S., & Frankenberger, W. (2001). Use of stimulant medication for treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: a survey of middle and high school students' attitudes. *Psychology in the Schools*, 38(6), 569-584.
- Morris, M. (1996). Patients' perceptions of psychiatric home care. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10(3), 176-183.
- Moses, T. (2003). *Social workers' perspectives on medicalized treatment of youth*. Thèse de doctorat non publiée. Los Angeles: University of California.
- Pampallona, S., Bollini, P., Tibaldi, G., Kupelnick, B., & Munizza, C. (2002). Patient adherence in the treatment of depression. *British Journal of Psychiatry*, 180, 104-109.
- Paupé, R. 2000. *Les soins aux jeunes en difficulté – Volet 1. Portrait des jeunes inscrits à la prise en charge des centres jeunesse du Québec et description des services reçus au cours des premiers mois*. Sherbrooke. Université de Sherbrooke, Groupe de recherche sur les inadaptations sociales des enfants.

- Preston, D.L. (2000). La résistance au traitement en milieu correctionnel. *Forum : Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 12 (2), 24-28.
- Ross, F.M. (1991). Patient compliance – Whose responsibility? *Social Sciences and Medicine*, 32(1), 89-94.
- Scott, C.S., Lore, C., & Owen, R.G. (1992). Increasing medication compliance and peer support among psychiatrically diagnosed students. *The Journal of School Health*, 62(10), 478-480.
- Sher, I., McGinn, L., Sirey, J., & Meyers, B. (2005). Effets of Caregivers' Perceived Stigma and Causal Beliefs on Patients' Adherence to Antidepressant Treatment. *Psychiatric Services*, 56(5), 564-569.
- Sleath, B., Roter, D., Chewning, B., & Svarstad, B. (1999). Asking questions about medication: analysis of physician-patient interactions and physician perceptions. *Medical Care*, 37(11), 1169-1173.
- Sleator, E.K. (1985). Measurement of compliance. *Psychopharmacology Bulletin*, 21(4), 1089-1093.
- Thiruchelvam, D., Charach, A., & Schachar, R. J. (2001). Moderators and Mediators of Long-Term Adherence to Stimulant Treatment in Children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(8), 922-928.
- Trostle, J.A., (1998). Medical Compliance as an Ideology. *Social Sciences and Medicine*, 27(12), 1299-1308.
- Van De Geest, S., Renteln-Kruse, W.v., Steeman, E., Degraeve, S., & Abraham, I.L. (1998). Compliance Issues with the geriatric population. *Nursing Clinics of North America*, 33(3), 467-480.

Willey, C., Redding, C., Stafford, J., Garfield, F., Geletko, S., Flanigan, T., Melbourne, K., Mitty, J., & Caro, J. J. (2000). Stages of change for adherence with medication regimens for chronic disease: development and validation of a measure. *Clinical Therapeutics*, 22(7), 858-871.

Williams, R. A., Hollis, H. M., & Benoit, K. (1998). Attitudes toward psychiatric medications among incarcerated female adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(12), 1301-1307.

Article 2

Validation de l'échelle d'évaluation des comportements et des attitudes d'observance
des prescriptions psychopharmacologiques (ÉCAOPP)

Catherine Laurier

Denis Lafortune

Déclaration des coauteurs

Étudiante : Catherine Laurier

Unité académique : Département de psychologie, Faculté des arts et des sciences

Grade postulé : Ph.D. Psychologie – recherche

Le second article est intitulé « Validation de l'échelle d'évaluation des comportements et des attitudes d'observance des prescriptions psychopharmacologiques (ECAOPP) ».

Cet article est présentement en révision à la Revue Canadienne des Sciences du Comportement.

Laurier, C., & Lafortune, D. Validation de l'échelle d'évaluation des comportements et des attitudes d'observance des prescriptions psychopharmacologiques (ECAOPP).

À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que Catherine Laurier inclut cet article dans sa thèse de doctorat qui a pour titre *Étude de l'observance de la médication psychotrope chez les adolescents hébergés en centres de réadaptation*.

Denis Lafortune, Ph.D.
Coauteur

Signature

Date

27 sept 2006

Validation de l'échelle d'évaluation des comportements et des attitudes
d'observance des prescriptions psychopharmacologiques (ÉCAOPP)

Catherine Laurier et Denis Lafortune

Université de Montréal

Résumé

Dans la région de Montréal et de ses banlieues, en 2001, la prescription de médicaments psychotropes touchait 36,6% des enfants et des adolescents dans ces centres de réadaptation (Lafortune, Laurier & Gagnon, 2004) où les jeunes sont placés pour des motifs divers (troubles du comportement, incapacités parentales, délinquance, etc.). Devant l'ampleur du phénomène, des questions se posent quant à l'adhésion (ou «observance») des jeunes à la médication psychotrope qui leur est prescrite. Aucune étude n'a encore évalué l'adhésion aux prescriptions de médicaments psychotropes dans les milieux de rééducation pour mineurs. Dans un premier temps, étant donné l'absence de mesure adéquate de l'observance pour cette population, cette étude se propose de valider l'échelle d'évaluation des comportements et des attitudes d'observance de la prescription psychopharmacologique (ÉCAOPP). L'évaluation (1) de la structure factorielle et (2) de la consistance interne de l'échelle sera réalisée. Un total de 89 participants a été recruté pour cette étude de validation, 65% (n=58) de ceux-ci étant des adolescents et 35% (n=31) des adolescentes. La version finale retenue de cette échelle, révélant de très bonnes propriétés psychométriques, comprend 12 items mesurant (1) l'acceptation des médicaments psychotropes prescrits (sept items) et (2) les comportements d'observance face aux médicaments psychotropes prescrits (cinq items).

Mots-clés : mesure, validation, observance, adolescents, centres de réadaptation.

Validation de l'échelle d'évaluation des comportements et des attitudes d'observance
des prescriptions psychopharmacologiques (ÉCAOPP)

La prévalence de la prescription de médicaments psychotropes aux mineurs placés en institution est un phénomène de grande ampleur. Aux Etats-Unis, Zima, Bussing, Crecelius, Kaufman et Belin (1999) établissent que 13% de leur échantillon d'enfants de 6 à 12 ans placés en institution (« foster care ») sont sous médication psychotrope au moment de l'étude. En comparaison avec une population générale d'enfants (Zito, Safer, DosReis & Riddle, 1998), la probabilité qu'un mineur en institution soit sous médication psychotrope est trois fois plus grande. En 2001, DosReis, Zito, Safer et Soeken, dans un échantillon de 310 enfants placés dans des «*foster care*» observaient une prévalence de 30%. Dans la région de Montréal et de ses banlieues, en 2001, la prescription de médicaments psychotropes touchait 36,6% des enfants et des adolescents dans ces centres de réadaptation (Lafortune, Laurier & Gagnon, 2004) où les jeunes sont placés pour des motifs divers (troubles du comportement, incapacités parentales, délinquance, etc.). Devant l'ampleur du phénomène, des questions se posent quant à l'adhésion (ou «observance») des jeunes à la médication psychotrope qui leur est prescrite.

L'observance d'un traitement médical est un des principaux facteurs contribuant à l'amélioration de la santé (Gordis, 1976). À l'inverse, le manque d'adhésion au traitement constitue une cause majeure d'échecs thérapeutiques, de réhospitalisations et de rechutes (Cramer & Rosenheck, 1998), en plus d'engendrer des erreurs lors de l'évaluation de l'efficacité des traitements, où il peut être un «facteur confondant»

(Baillargeon, Contreras, Grady, Black, & Murray, 2000; Meichenbaum & Turk, 1987; Pampallona, Bollini, Tibaldi, Kupelnick & Minizza, 2002).

Lorsqu'il est question d'observance d'un traitement, plusieurs auteurs (Conrad, 1985; McDonald, Garg & Haynes, 2002; Ross, 1991; Trostle, 1998) adoptent la définition proposée par Haynes (1979), soit la mesure dans laquelle le comportement d'un individu (en ce qui a trait à une médication, un régime ou un changement de mode de vie) correspond aux recommandations ou prescriptions du médecin. Bien que cette définition soit largement utilisée, les distinctions proposées par chacun des auteurs qui s'y réfèrent rend difficile la comparaison entre les études. De plus, l'étude des facteurs contribuant à l'observance de la psychopharmacoprescription (Laurier & Lafortune, sous presse) permet de constater qu'il s'agit d'un phénomène complexe qui relève de plusieurs déterminants : les caractéristiques personnelles du patient, l'attitude des personnes significatives dans son environnement, la nature de la maladie et du traitement, la relation avec le médecin et le contexte spécifique dans lequel est prescrit et consommé le médicament. Des études ayant identifié ces facteurs contributifs à l'observance sont présentées dans le tableau 1 à l'annexe 1.

Évaluation et mesure de l'observance

Identifier, évaluer et mesurer les indicateurs de l'observance est primordial, aussi bien pour le clinicien que pour le chercheur. Il importe ainsi d'opérationnaliser et de mesurer ce concept afin de déterminer ensuite les facteurs sur lesquels repose l'observance. Or, la façon de l'évaluer varie grandement d'une étude à l'autre, ajoutant à la difficulté de comparer les résultats (Gordis, 1976; Nichol, Venturini & Sung, 1999). Ainsi, il est possible d'utiliser des mesures directes (analyses biochimiques, observations

in-vivo) ou indirectes (jugement clinique, rapports ou auto-révélation du patient, décompte des comprimés, consultation de registres, « monitoring » électronique), chacune ayant ses limites (Cramer & Rosenheck, 1998; Ellis, Shumaker, Sieber & Rand, 2000; Ghaziuddin, King, Hovey, Zaccagnini & Ghaziuddin, 1999; Vitolins, Rand, Rapp, Sibisl & Seveck, 2000). Il est admis dans plusieurs études que les mesures indirectes de l'observance tendent à la surestimer (Ellis et al., 2000; Ghaziuddin et al., 1999; Sackett, 1976; Vitolins et al., 2000), à cause de biais possibles tels : la désirabilité sociale, les effets de récence (tendance à ne se rappeler que des événements les plus récents), les limites de la mémoire, les habiletés de l'expérimentateur (notamment pour identifier les incohérences dans le discours du patient) et aussi parce qu'il est impossible de s'assurer, à partir du décompte des comprimés et de la consultation des registres, que le patient fait un bon usage de ses médicaments, il peut les jeter par exemple au lieu de les prendre. Les mesures directes, qui demandent le plus souvent d'importantes ressources financières et techniques, sont peu accessibles. De plus elles ont un caractère intrusif pour le patient (Cramer & Rosenheck, 1998; Ellis et al., 2000). Lorsque l'évaluation de l'observance se fait par des professionnels de la santé, il semble que ceux-ci soient incapables de déterminer si leur patient est adhérent à la prescription ou non (Cramer & Rosenheck, 1998; Gordis, 1976), et qu'ils surestiment le plus souvent les comportements d'observance.

Les mesures auto-révélées demeurent les plus utilisées dans les cas de traitements pharmacologiques (Vitolins et al., 2000). Elles comportent certains avantages : elles sont rapides, flexibles, faciles, économiques, démontrent une bonne validité de contenu et permettent de connaître les motifs invoqués par les patients pour expliquer leur

observance ou inobservance, partielle ou totale (Ghaziuddin et al., 1999; Vitolins et al., 2000).

Outre ces questions de choix d'instruments, il faut ensuite identifier les indicateurs sur lesquels reposera l'évaluation de l'observance et de l'inobservance. Tout d'abord il existe des indicateurs biologiques, tels les taux sanguins, qui ne sont cependant pas disponibles pour l'ensemble des médicaments. Viennent ensuite des indicateurs comportementaux, notamment la prise effective de la médication. Ainsi l'observance peut être évaluée en fonction du renouvellement des prescriptions à la pharmacie, ce qui implique de multiples éléments: (i) l'observance des rendez-vous avec le médecin, (ii) la présentation de la prescription à la pharmacie, (iii) l'acquisition du médicament à la pharmacie, et (iv) finalement la consommation du médicament (Steiner & Prochazka, 1997; Trostle, 1998). Il est aussi possible de se référer à des indicateurs cliniques, certaines études considérant l'atteinte des buts thérapeutiques comme un indice d'observance. Il faut toutefois reconnaître que cette logique repose sur l'hypothèse que le diagnostic est valide, bien posé et que le traitement proposé est efficace, en plus d'être bien dosé pour le patient (Grasset, Bonvin & Pomini, 2000; Gordis, 1976), ce qui n'est pas toujours le cas.

Par ailleurs, ces critères peuvent s'inscrire aussi bien dans un modèle catégoriel que dimensionnel (Gordis, 1976). Dans un modèle catégoriel, l'observance reste considérée en tant que variable dichotomique (un patient est soit observant ou inobservant, sans pouvoir être « entre les deux »). Le patient est alors inobservant s'il refuse, au départ ou pendant le suivi, une médication psychotrope que le psychiatre juge bénéfique (Dixon, Weiden, Torres & Lehman, 1997; Ghaziuddin et al., 1999) ou omet de prendre ses médicaments pendant plus d'une semaine consécutive (Dixon et al.,

1997). Un modèle dimensionnel permet plus de nuances puisque l'observance est alors considérée comme une variable continue. Selon Baillargeon et al. (2000), dans une étude portant sur l'observance aux antidépresseurs, il est possible de dégager une cote d'observance pour une période donnée en divisant le nombre de doses prises par le nombre de doses prescrites. Dans le même esprit, un pourcentage d'observance (de 0 à 100%) est déterminé lors d'un entretien téléphonique dans la recherche de Bastiaens, Chowdhury et Gitelman (2000), où 0% indique que le patient ne prend jamais ses médicaments et 100% que le patient les prend toujours, tels que prescrits. Dans la plupart des cas d'inobservance, le patient l'est de façon intermittente : l'inclure dans la catégorie inobservance devient alors trop inclusif. Étudier les diverses formes d'inobservance à partir d'un modèle dimensionnel permet d'inclure les comportements d'auto-régulation et de mieux comprendre en quoi consiste l'inobservance dans chacun des cas (Conrad, 1985; Sleator, 1985; Trostle, 1998). L'évaluation dimensionnelle de l'observance peut aussi se faire à partir d'une échelle ordinale de type Lykert. Holzinger, Loffler, Muller, Priebe et Angermeyer (2002) l'ont évaluée par une échelle en quatre points, allant de « 0 » (aucune observance) à « 3 » (observance totale).

Il est admis que plus de 30% (Conrad, 1985; Mercier, 1989) de toutes les populations cliniques ne suivent pas les recommandations de leurs médecins, ce pourcentage pouvant même atteindre 60% dans certaines populations cliniques à faibles revenus (Becker & Mainman, 1975). Meichenbaum et Turk (1987) rapportent un taux de non-adhésion de 30% à 60%, incluant les patients (i) n'adhérant jamais au traitement; (ii) adhérant à quelques aspects du traitement, mais pas tous; (iii) adhérant initialement au traitement, mais pas à long-terme; (iv) adhérant d'une façon inappropriée au traitement. L'observance dans les traitements pharmacologiques tend à diminuer de

jours en jours (Sackett, 1976). Ainsi 38% des patients ne suivent pas leurs prescriptions à court terme (traitement antibiotique par exemple) (DiMatteo, 1994). Lorsqu'il est question d'un traitement à long terme, les taux d'inobservance sont plus élevés, se situant autour de 50% (DiMatteo, 1994; Haynes, Taylor & Sackett, 1979; Sackett, 1976). L'observance des prescriptions de médicaments psychotropes par les patients psychiatriques tend à être plus faible que celle des patients avec des maladies physiques (Cramer & Rosenheck, 1998). De même, les enfants et les adolescents présentent le plus souvent une observance plus pauvre que les adultes (Ghaziuddin et al., 1999; Hack & Chow, 2001) et, parmi eux, les adolescents sont en général plus inobservants que les enfants (DosReis et al., 2003). Chez les adolescents psychiatriques suivis sur une base ambulatoire (ou « à l'externe »), des facteurs tels que la non-adhésion au plan de traitement en général et l'abus de substance après le congé sont associés à une plus grande inobservance à la psychopharmacoprescription (Lloyd, Horan, Borgaro, Stokes, Pogge & Harvey, 1998). Trente huit pour cent des adolescents ayant une prescription de médicaments psychotropes après leur congé de l'hôpital étaient inobservants six à huit mois plus tard (Ghaziuddin et al., 1999).

Aucune étude n'a encore évalué l'adhésion aux prescriptions de médicaments psychotropes dans les milieux de rééducation pour mineurs. Étant donné le contexte dans lequel prend place cette recherche – les centres de réadaptation – ainsi que la population étudiée – des adolescents – il est possible de supposer que l'observance à la médication psychotrope tendra à poser problème et mérite ainsi d'être évaluée. Pour y arriver, il faut toutefois développer, dans un premier temps, un instrument de mesure qui soit adapté à ce type d'environnement clinique. Compte tenu des différents types de mesure utilisés au cours des recherches antérieures et des différences considérables

obtenues d'une étude à l'autre, il est parait logique de privilégier une mesure multidimensionnelle, plus fine que la distinction dichotomique, qui inclurait divers aspects du *comportement* d'observance, ainsi qu'une évaluation *des attitudes* face à la médication psychotrope prescrite.

Objectif

Cette étude se propose de valider l'échelle d'évaluation des comportements et des attitudes d'observance de la prescription psychopharmacologique (ÉCAOPP) par l'évaluation (i) de la structure factorielle et (ii) de la consistance interne de l'échelle. Une fois les facteurs identifiés et analysés, il sera ensuite possible (iii) d'observer les distributions de ces facteurs et (iv) d'estimer le taux de concordance entre ceux-ci.

Méthodologie

Élaboration de l'instrument

Dans un premier temps, un certain nombre d'études antérieures ont été recensées et un modèle conceptuel de l'observance d'une prescription de médication psychotrope par les adolescents a été élaboré (Laurier & Lafortune, sous presse). En s'inspirant de ce modèle, une grille d'évaluation (auto-révélee) des comportements et des attitudes face à la prescription psychopharmacologique (ECAOPP) a été conçue à partir (i) des travaux de Bastieans (1992a; 1992b; 1995) réalisés auprès d'adolescents hospitalisés pour des troubles dépressifs et (ii) de l'analyse de contenu de 30 entretiens réalisés dans le cadre d'une étude pilote avec des adolescents hébergés en centres de réadaptation et ayant actuellement une prescription d'au moins un médicament psychotrope (Laurier & Lafortune, non publié). Ces entretiens portaient principalement sur les comportements,

les attitudes et les opinions qu'avaient les adolescents à propos des médicaments qui leur étaient prescrits.

Dans sa première version, la grille d'évaluation des attitudes face aux médicaments psychotropes comporte cinq sections élaborées par les auteurs et concernant: (i) la connaissance des antécédents de prescription et du nom de chacun des médicaments prescrits (section dérivée du « Health Belief Model » ou HBM); (ii) l'efficacité perçue et la motivation à poursuivre le traitement pour chacune des molécules prescrites; (iii) l'acceptation et l'observance des prescriptions pour l'ensemble des médicaments, ainsi que les mésusages pouvant en être faits (exagération des effets secondaires, recracher les médicaments, dissimulation, accumulation, dons et ventes de médicaments); (iv) la motivation à suivre les prescriptions (Cook & Perri, 2004), dérivée de la théorie transthéorique de Prochaska (1982); (v) les opinions face aux médicaments psychotropes en général. Les libellés des items ont été formulés à partir de l'analyse du contenu de courts entretiens qui ont été réalisés en 2002 lors d'une étude pilote auprès de 30 adolescents invités à discuter de leur médication psychotrope. Les deux auteurs de cet article, à l'aide d'accords inter-juge, ont repéré dans le discours de ces jeunes les «thèmes candidats» définissant le mieux possible le construit théorique d'observance. Pour chacun de ces thèmes, ils ont ensuite construit un item de synthèse (sujet - verbe - complément) représentant l'idée-maîtresse, c'est-à-dire l'attitude ou le comportement d'observance. Ils ont enfin relu à quelques reprises ces items de synthèse afin de s'assurer de la clarté de leur vocabulaire et de leur syntaxe.

Participants

Les participants ont été recrutés dans les centres de réadaptation de cinq régions administratives du Québec : Montérégie, Montréal, Chaudière-Appalaches, Saguenay et Lanaudière. Les critères d'inclusion étaient: (i) d'avoir entre 14 et 18 ans, (ii) d'être hébergé en centres de réadaptation et (iii) d'avoir actuellement au moins une prescription de médicaments psychotropes. À l'inverse, la présence d'un retard mental (mentionné dans le dossier) a constitué un critère d'exclusion, tous les participants devant être en mesure de répondre aux questionnaires. Nous avons aussi exclus les adolescents pour lesquels la prescription de médicaments psychotropes a été faite uniquement dans le dessein de traiter une psychose, la schizophrénie ou l'épilepsie. Ce critère a été ajouté de manière à obtenir un échantillon présentant des caractéristiques symptomatiques généralement partagées par les autres adolescents en centres de réadaptation (i.e. en général des troubles extériorisés et intériorisés, sans symptôme psychotique).

Afin de recruter les participants à cette étude, quatre types d'unités de vie ont été ciblés dans un premier temps selon le niveau d'encadrement (milieux réguliers et encadrement intensif) et le sexe des adolescents qui y résident (garçons et filles). Dans un second temps, nous avons proposé aux adolescents hébergés dans les unités sélectionnées de participer à cette étude. La participation était volontaire. Compte tenu du fait qu'il s'agissait d'une population de mineurs, vulnérables et privés de leur liberté, un soin particulier a été apporté à la clarté des formulaires de consentement (i.e. participation libre, aucune répercussion sur les interventions auxquelles les jeunes ont droit).

Les participants ont rempli le questionnaire dans le cadre de leur participation à une étude plus large visant à mieux caractériser le recours aux médicaments

psychotropes dans la prise en charge des jeunes placés en centres de réadaptation. Un total de 89 participants a été recruté pour cette étude de validation, 65% (n=58) de ceux-ci étant des adolescents et 35% (n=31) des adolescentes. Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les réponses à l'échelle ÉCAOPP des garçons et des filles, ce qui nous permet de les analyser ensemble dans cette étude de validation.

Analyses statistiques

Le logiciel SPSS 13.0 pour Windows a été utilisé pour effectuer les analyses statistiques. La validité de structure (*construct validity*) a permis de déterminer le nombre de facteurs dans l'échelle ainsi que la proportion de la variance expliquée par chacun. Le coefficient alpha de *Cronbach* a ensuite permis de déterminer la consistance interne des items de l'échelle.

Résultats

Validité perçue par les sujets (*face validity*)

La validité de cette échelle telle que perçue par les sujets est jugée bonne puisque aucune réponse manquante n'a été observée. De plus, en tout temps lors de la passation des questionnaires, une assistante de recherche était disponible pour expliquer les items si nécessaire et répondre aux questions que pouvaient avoir les adolescents.

Validité de structure

Une analyse factorielle a été réalisée pour évaluer le nombre de facteurs constituant cette échelle et pour déterminer la proportion de la variance qu'ils expliquent. Dans un premier temps, des analyses factorielles ont été faites pour chacune

des sections (1 à 5) décrites plus haut, comprenant un total de 23 items. Dans un second temps, les cinq sections ont été analysées simultanément afin d'obtenir les scores finaux. Lors l'analyse de chacune des sections, certains items initiaux ont été retirés de la grille; cette décision étant prise sur la base des fréquences de cotation pour chacun des items, des solutions factorielles, du coefficient alpha, de la mesure de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) et de la lecture attentive du libellé des items les moins liés à la solution factorielle¹. Cette stratégie en deux étapes a été adoptée afin d'éliminer les items aberrants dans un premier temps, puisque le nombre de participants (n=89) ne permettait pas de procéder à une analyse factorielle pour l'ensemble des items (n=23 items).

Par rapport à l'efficacité perçue des médicaments, deux variables ont été créées et ce, à partir des questions portant sur (i) l'efficacité perçue de chacune des molécules pour le soulagement du motif de prescription spécifiquement et (ii) l'amélioration du fonctionnement global du jeune, dans sa vie quotidienne.

Une fois les items les moins cohérents retirés, l'analyse factorielle principale a été effectuée, ce qui a permis d'obtenir une solution à deux facteurs. La solution permet d'expliquer 54% de la variance de cette échelle constituée de 12 items. Dans le premier facteur, sept items qui y sont corrélés de 0,59 à 0,73 expliquent 36,3% de la variance. Le deuxième facteur en explique 17,5% par cinq items qui y sont corrélés de 0,57 à 0,85.

Le tableau 1 suivant permet de voir les items associés aux deux facteurs, ainsi que les coefficients de corrélation (l'échelle complète est présentée à l'annexe 1). Il est à noter que les items ont été recodés afin que les coefficients de corrélation soient positifs, tel que précisé plus tôt dans ce texte.

¹ Les items ayant obtenu des corrélations < 0,3 avec au moins un facteur ont été éliminés. De la même façon, une solution factorielle pour laquelle la mesure de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) était < 0,7 nous indiquait que l'ensemble des items retenus n'était pas cohérent.

Tableau 2

Coefficients de corrélation pour chacun des items

| Facteurs | Items | Coefficient de corrélation |
|--|--|----------------------------|
| Facteur 1 | Acceptation et demande des médicaments | .59 |
| Acceptation et efficacité perçue des médicaments | Je pense que les médicaments psychotropes sont généralement efficaces | .71 |
| Variance expliquée : 36,3% | Je pense que les médicaments psychotropes sont généralement bons pour la santé physique | .65 |
| | Je pense que les médicaments psychotropes sont généralement bons pour la santé mentale | .73 |
| | Je pense que les gens qui prennent des médicaments psychotropes prennent les bons moyens pour régler leurs problèmes | .64 |
| | Moyenne des bénéfices perçus par l'adolescent par rapport aux motifs de prescription révélés | .67 |
| | Moyenne des bénéfices perçus par l'adolescent par rapport au fonctionnement global | .73 |
| Facteur 2 | Observance du traitement (fréquence de prise des médicaments selon la prescription) | .57 |
| Comportements d'observance de la prescription | Recracher ses médicaments | .79 |
| Variance expliquée : 17,7% | Cacher ou dissimuler ses médicaments | .85 |
| | Accumuler ses médicaments | .78 |
| | Prendre tel que prescrit ses médicaments | .74 |

En étudiant attentivement les items qui composent chacun de ces deux facteurs, il est possible de constater que le premier pourrait être lié à l'acceptation et à l'efficacité perçue des médicaments psychotropes par l'adolescent. Le second facteur comprend les items qui mesurent et questionnent directement le comportement d'observance par rapport aux prescriptions psychopharmacologiques. Ainsi, les attitudes face aux médicaments psychotropes ne sont pas nécessairement corrélées aux comportements d'observance pouvant être observés chez ces adolescents en centres de réadaptation.

Fidélité de l'échelle

Le coefficient alpha de *Cronbach* a été utilisé afin de mesurer la cohérence interne de cette échelle, puisque la procédure test-retest n'a pu être retenue.

Le coefficient alpha obtenu pour l'ensemble des 12 items ($\underline{M} = 39$, $\underline{ET} = 9,1$) de cette échelle est de 0,83, témoignant d'une bonne cohérence interne. Comme l'analyse factorielle a dégagé deux facteurs, les coefficients de cohérence interne de chacun de ceux-ci ont aussi été calculés. Le coefficient alpha obtenu pour le premier facteur, composé de 7 items ($\underline{M} = 18,2$, $\underline{ET} = 6,6$), est de 0,81 alors que le alpha pour le second facteur, composé des 5 autres items ($\underline{M} = 21$, $\underline{ET} = 4,2$), est de 0,82. La cohérence interne de ces deux sous-échelles est donc jugée bonne, ce qui permettra d'utiliser les trois scores (facteur acceptation, facteur observance et score total) en tant que variables. Comme les scores maximums ne sont pas les mêmes pour les deux sous-échelles (31 pour la sous-échelle acceptation et 24 pour la sous-échelle observance), nous avons ramené ces scores sur une échelle allant de zéro à un, « 1 » signifiant un score « parfait » à l'une et l'autre des sous-échelles. La moyenne du premier facteur devient donc de 0,59 ($\underline{ET} = 0,022$) et de 0,87 ($\underline{ET} = 0,019$) pour le second sur un score maximum possible de « 1 ».

Distributions des scores

Il est intéressant d'observer la distribution de ces deux facteurs afin de mieux les comprendre. Ainsi, la majorité des participants de cette étude indiquent avoir une bonne observance (figure 1) tandis que les résultats à la sous-échelle « acceptation » semblent se distribuer en deux sous-groupes (figure 2), certains individus répondant dans le sens d'une moindre acceptation et d'autres en révélant une « meilleure ».

Figure 1

Distribution des scores pour le facteur 2 : comportement d'observance de la prescription psychopharmacologique

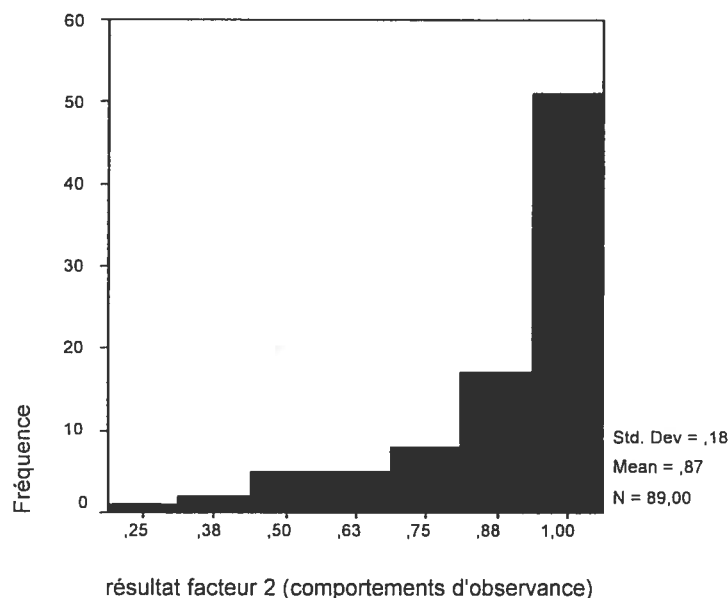
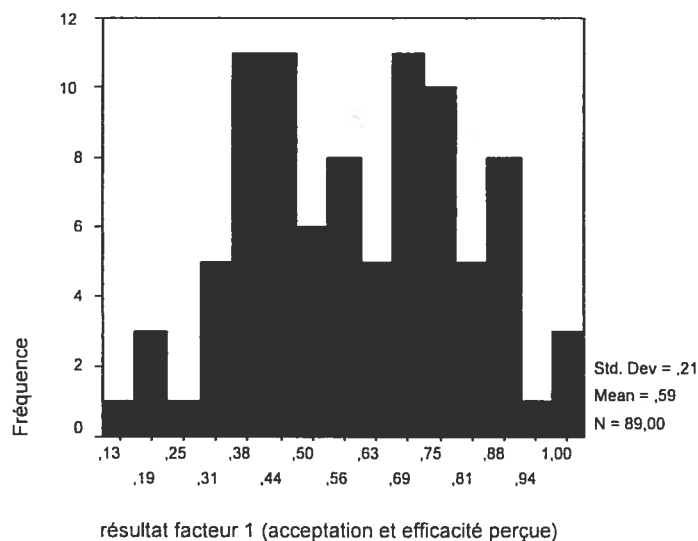


Figure 2

Distribution des scores pour le facteur 1 : acceptation de la médication psychotrope



Comme nous pouvons l'observer à la figure 1, la plupart des participants révèlent de très bons comportements d'observance, ce qui donne à la courbe de distribution une pente ascendante. Très peu de participants se situent du côté gauche, celui témoignant d'une moindre observance. En effet, 30% des participants révèlent des comportements d'observance « parfaits » : ils ne rapportent aucun mésusage de médicament et disent

prendre les médicaments d'une manière tout à fait conforme avec la prescription, se traduisant par un score pondéré de « 1 ».

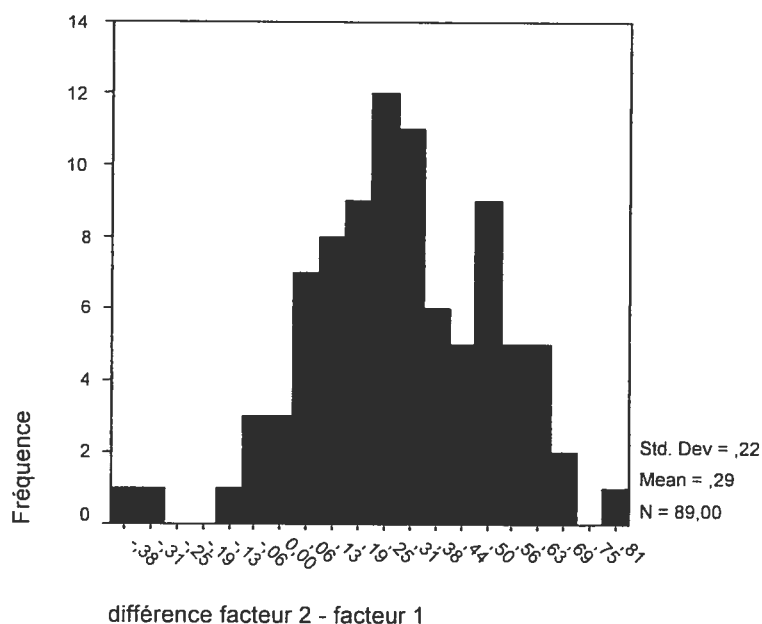
Puisque deux facteurs cohérents ont été révélés par les analyses factorielles, il est intéressant de voir comment l'un et l'autre sont corrélés. Puisque ces deux facteurs n'ont pas des distributions normales, il nous est nécessaire d'utiliser une corrélation non-paramétrique, soit le rho de *Spearman* pour l'analyse. La corrélation obtenue est de 0,41 ($p < 0,001$), indiquant une association significative entre les deux facteurs. Un individu acceptant moins bien sa médication sur le plan des attitudes présentera ainsi des comportements d'observance significativement moins bons et vice-versa. À titre d'exemple, nous avons comparé les participants acceptant moins bien leurs médicaments psychotropes (les 30% inférieurs) à ceux les acceptant mieux (les autres 70%), sur la variable « comportements d'observance ». Il s'avère que les comportements d'observance sont significativement moindres pour les individus ayant une moins bonne acceptation de leurs médicaments psychotropes ($p < 0,001$) que pour les autres.

Puisque la majorité des répondants ont révélé des comportements d'observance plutôt bons que mauvais, il faut nécessairement que parmi ceux présentant de bons comportements d'observance se retrouvent une proportion d'individus ayant des attitudes plutôt négatives face à la médication. Pour vérifier cette tendance, nous avons créé une variable permettant d'évaluer la différence entre ces deux scores pondérés de « 0 » à « 1 » (le score « attitudes face à la médication » a été soustrait du score « comportements d'observance »). La distribution de cette variable (« rapport entre les attitudes et les comportements ») est présentée à la figure 3. Ainsi : (i) un score de « 0 » signifie que les comportements correspondent tout à fait aux attitudes face à la médication, (ii) un score négatif que le médicament est mieux accepté qu'il n'est

effectivement pris et (iii) un score positif traduit que le médicament est pris tel que prescrit même s'il est mal accepté.

Figure 3

Distribution des scores de la différence entre le facteur 2 (comportements d'observance) et le facteur 1 (attitudes et acceptation de la médication psychotrope)



Ainsi, il est possible de constater que 91% des participants obtiennent un score plus élevé à la variable « comportement d'observance » qu'à la variable « acceptation de la médication » (se traduisant par un score positif à la variable « rapport entre les attitudes et les comportements »). Sur une échelle pouvant aller de « -1 » à « 1 », la moyenne de cette différence est de 0,29. Les comportements d'observance des prescriptions ne traduisent donc pas directement les attitudes et l'acceptation que peuvent en avoir les participants dans notre échantillon.

Discussion

L'objectif de cette étude était de valider l'Échelle d'évaluation des attitudes et des comportements d'observance (ÉCAOPP). À cet égard, les résultats obtenus par

rapport aux coefficients de cohérence interne et aux analyses factorielles permettent de le faire. La solution en deux facteurs présente de très bonnes propriétés psychométriques. La version finale retenue de cette échelle (en annexe 1) comprend 12 items mesurant (i) l'acceptation des médicaments psychotropes prescrits (sept items) et (ii) les comportements d'observance face aux médicaments psychotropes prescrits (cinq items).

Bien que les analyses aient révélé une corrélation significative entre ces deux échelles, tous les participants n'y obtiennent pas nécessairement des scores similaires. En effet, un participant peut ne pas bien accepter ses médicaments, mais avoir néanmoins des comportements d'observance, comme l'a démontré la variable « rapport entre les attitudes et les comportements ». Cette particularité pourrait être spécifique à la clientèle des adolescents en centres de réadaptation. En effet, prendre ses médicaments tels que prescrits peut faire partie du plan d'intervention que l'adolescent se doit de respecter pour obtenir des privilèges ou pour passer à une autre étape le menant vers la fin de son placement, ce qui pourrait expliquer les très bons comportements d'observance révélés par les adolescents bien que cette tranche d'âge présente habituellement de moins bons comportements d'observance (DosReis et al., 2003; Ghaziuddin et al., 1999; Hack & Chow, 2001). De plus, les études antérieures indiquent que les mesures indirectes ont tendance à surestimer l'observance (Ellis et al., 2000; Ghaziuddin et al., 1999; Sackett, 1976; Vitolins et al., 2000), permettant ici d'émettre un doute quant aux conduites d'observance révélées par les adolescents. En effet, en considérant les comportements d'observance qui ont tendance à être très bons malgré des attitudes d'observance plus mitigées, nous pouvons nous questionner quant à la véracité de ce qui a été rapporté par les adolescents et garder en mémoire qu'il s'agit

d'une mesure auto-révélee selon le point de vue des adolescents qui ont dans ce cas-ci à respecter certaines conditions en regard de leur plan de traitement. À cet effet, il serait nécessaire de comparer les distributions obtenues aux sous-échelles de l'ÉCAOPP avec d'autres populations afin de déterminer s'il s'agit d'une spécificité de la population étudiée ici (adolescents en centres de réadaptation) ou d'une spécificité du concept d'observance tel que mesuré par l'ÉCAOPP.

Certains items étaient inclus dans l'échelle originale, mais n'étaient pas corrélés avec les facteurs qui ont émergés des analyses factorielles. Deux de ces items ont été conservés puisqu'ils peuvent fournir des renseignements importants sur le fait de donner ou de vendre ses médicaments. Ils n'ont pas été corrélés fortement avec les deux facteurs, probablement en raison du faible nombre d'adolescents révélant de telles pratiques sur une échelle de type Likert en cinq points. Ainsi, ces deux items (dons et vente de médicaments) ont été éliminés de l'analyse factorielle principale de cette échelle, mais nous les avons combinés en un item dichotomique où tout comportement de don ou de vente de médicaments indique la présence de « transactions clandestines » de médicament par cet adolescent. Bien qu'elles soient rares, ces pratiques nous renseignent sur les comportements de mésusages les plus marginaux et permettent d'identifier possiblement les adolescents les « plus à risque » de ne pas se conformer aux prescriptions. À cet effet, des analyses supplémentaires ont permis de confirmer que les participants indiquant donner ou vendre leurs médicaments présentent de moins bons comportements d'observance que ceux ne révélant pas de telles pratiques ($p = 0,003$). Ainsi, ces deux questions sont dorénavant combinées en un seul item qui peut être répondu par « oui » ou par « non » et dont le résultat est interprété indépendamment des autres items des deux sous-échelles. En fait, qu'un adolescent réponde « oui » à la

question sur la vente ou le don de médicament (question 9, annexe 1) pourra être un indice de « mauvais » comportement d'observance face à la médication. Finalement, un item concernant les effets secondaires ressentis par les adolescents a été ajouté en complément à la grille d'évaluation. Il nous semble important d'inclure cette dimension aux analyses (question 5, annexe 1) puisqu'il est tout à fait plausible que des effets secondaires sévères fassent obstacle, à la fois aux comportements d'observance et à l'adoption d'attitudes positives, ce qui nous incite à les évaluer. La grille finale, incluant tous les items, est présentée en annexe 1.

Comme plusieurs études l'ont démontré (présentées au tableau 1 en annexe 1), l'observance de la médication psychotrope est un phénomène complexe relevant de divers facteurs qui se doivent d'être évalués afin d'en saisir l'importance respective, ce qui constitue en soit une étude portant sur les déterminants de l'observance. Il importera ainsi de considérer les caractéristiques personnelles du patient, les facteurs relatifs aux attitudes des personnes significatives dans son environnement social, les caractéristiques de la maladie et de son traitement, le contexte ainsi que la relation thérapeutique entre le prescripteur et le patient comme facteurs contributifs de l'observance. Nous proposons subséquemment de tenir compte de ces déterminants et d'ajouter des mesures concomitantes à l'ÉCAOPP afin d'appréhender la contribution, fût-elle positive ou négative, de chacun de ces facteurs à la psychopharmacoprescription. Dans cette optique, il serait aussi possible d'avoir recours à un entretien semi-directif afin d'évaluer les motivations et les attitudes sous-tendant l'observance chez le patient. De même, il pourrait être approprié d'interroger simultanément le prescripteur sur la relation qu'il entretient avec son patient afin d'en avoir une meilleure appréhension quant à son importance sur l'observance de la psychopharmacoprescription par le patient. Il pourrait

tout aussi être pertinent d'interroger d'autres personnes significatives (parents, éducateurs, professionnels) dans l'univers de l'adolescent en ce qui a trait aux comportements d'observance observés et ainsi disposer d'un étalon recoupant les résultats de l'auto-révélation, particulièrement en ce qui a trait au contexte d'autorité propre aux centres de réadaptation. Finalement, rappelons que les résultats présentés dans cet article ne s'appliquent qu'aux adolescents hébergés en centres de réadaptation et ayant une prescription psychopharmacologique. En ce sens, d'autres études seraient souhaitables afin de pouvoir utiliser cette grille d'évaluation dans d'autres contextes ou avec une population différente.

Références

- Baillargeon, J., Contreras, S., Grady, J. J., Black, S. A., and Murray, O. (2000). Compliance with antidepressant medication among prison inmates with depressive disorders. *Psychiatric Services*, 51(11), 1444-1446.
- Baumann, M., & Trincard, M. (2002). Les attitudes d'autonomie dans l'observance thérapeutique d'une cohorte de consommateurs continus de psychotropes. *Encephale*, 28(5 Pt 1), 389-396.
- Bastiaens L. (1992a). Knowledge, expectations, and attitudes of hospitalized children and adolescents in psychopharmacological treatment. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 2(3), 157-171.
- Bastiaens L. (1992b). The impact of an intensive educational program on knowledge, attitudes, and side effects of psychotropic medications among adolescent inpatients. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 2(4), 249-258.
- Bastiaens L. (1995). Compliance with pharmacotherapy in adolescents : effects of patients' and parents' knowledge and attitudes toward treatment. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 5(1), 39-48.
- Bastiaens, L., Chowdhury, S., & Gitelman, L. (2000). Medication samples and drug compliance. *Psychiatric Services*, 51(6), 819.
- Becker, M.H., and Mainman, L.A. (1975). Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations. *Medical Care*, 13(1), 10-24.
- Bourgeois, J.A. (2005). Compliance with psychiatric treatment in primary care : review and strategies. *Primary Psychiatry*, 12(6), 40-47.

- Bowen, J., Fenton, T., & Rappaport, L. (1991). Stimulant medication and attention deficit-hyperactivity disorder. The child's perspective. *American Journal of Diseases of Children*, 145(3), 291-295.
- Bradley, S.S. (2003). The psychology of psychopharmacology triangle: the client, the clinicians and the medication. *Social Work in Mental Health*, 1(4), 29-50.
- Busch, P.J., & Iannotti, R.J. (1990). A Children's Health Belief Model. *Medical Care*, 28(1), 69-86.
- Chappuy, H., Tréluyer, J.-M., Gary, A., Pons, G., & Chéron, G. (2005). Observance médicamenteuse chez l'enfant. *Archives de pédiatrie*, 12, 921-923.
- Conrad, P. (1985). The meaning of medications : another look at compliance. *Social Sciences and Medicine*, 20(1), 29-37.
- Cook, C.L., & Perri, M. 3rd (2004). Single-item vs multiple-item measures of stage of change in compliance with prescribed medications. *Psychological Report*, 94(1), 115-124.
- Cramer, J.A., & Rosenheck, R. (1998). Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatric Services*, 49(2), 196-201.
- DiMatteo, M. R. (1994). Enhancing patient adherence to medical recommendations. *JAMA: Jan 5*, 271(1), 79.
- Dixon, L., Weiden, P., Torres, M., & Lehman, A. (1997). Assertive community treatment and medication compliance in the homeless mentally ill. *American Journal of Psychiatry*, 154(9), 1302-1304.
- DosReis, S., Zito, J.M., Safer, D.J., & Soeken, K.L. (2001). Mental health services for youths in foster care and disabled youths. *American Journal of Public Health*, 91(7), 1094-1099.

- DosReis, S., Zito, J.M., Safer, D.J., Soeken, K.L., Mitchell, J.W.Jr, & Ellwood, L.C. (2003). Parental perceptions and satisfaction with stimulant medication for attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 24*(3), 155-162.
- Ellis, S., Shumaker, S., Sieber, W., & Rand, C. (2000). Adherence to pharmacological interventions. Current trends and future directions. *The Pharmacological Intervention Working Group. Controlled Clinical Trials, 21*(5 Suppl), 218S-225S.
- Ghaziuddin, N., King, C.A., Hovey, J.D., Zaccagnini, J., & Ghaziuddin, M. (1999). Medication noncompliance in adolescents with psychiatric disorders. *Child Psychiatry and Human Development, 30*(2), 103-110.
- Gordis, L. (1976). Methodologic Issues in the Measurment of Patient Compliance. In Sackett D., Haynes R. B. (Eds.). *Compliance with Therapeutic Regimens* (pp.51-66). Baltimore : Johns Hopkins University Press.
- Grasset, F., Bonvin, E., & Pomini, V. (2000). [Psychotropic pharmacotherapy, treatment compliance and prescription observance]. *Revue Médicale de la Suisse Romande, 120*(2), 137-143.
- Greenhill, L.L., & Setterberg, S. (1993). Pharmacotherapy of disorders of adolescents. *Psychiatric Clinics of North America, 16*(4), 793-814.
- Hack, S., & Chow, B. (2001). Pediatric psychotropic medication compliance: a literature review and research-based suggestions for improving treatment compliance. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 11*(1), 59-67.

- Haynes, R.B. (1979). Introduction. In Haynes, R.B., Taylor, D.W., and Sackett, D.L. (Eds.), *Compliance in Health Care* (pp.1-7). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Haynes, R.B., Taylor, D.W. & Sackett, D.L. (Eds.) (1979). *Compliance in Health Care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 516p.
- Holzinger, A., Loffler, W., Muller, P., Priebe, S., & Angermeyer, M. C. (2002). Subjective illness theory and antipsychotic medication compliance by patients with schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 190(9), 597-603.
- Horne, R., & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(6), 555-567.
- Lafortune, D., Laurier, C., & Gagnon, F. (2004). Prévalence et facteurs associés à la prescription de médicaments psychotropes chez les sujets placés en Centre Jeunesse. *Revue de psychoéducation*, 33(1), 157-176.
- Laurier, C., & Lafortune, D. (sous presse). Les facteurs contribuant à l'observance d'une psychopharmacothérapie chez les adolescents hébergés en centres de réadaptation. *Revue Canadienne de psychologie / Canadian Psychology*.
- Leo, R.J., Jassal, K., & Bakhai, Y.D. (2005). Nonadherence with psychopharmacologic treatment among psychiatric patients. *Primary Psychiatry*, 12(6), 33- 39.
- Lerner, B.H. (1997). From careless consumptives to recalcitrant patients: the historical construction of non-compliance. *Social Sciences and Medicine*, 45(9), 1423-1431.

- Lloyd, A., Horan, W., Borgaro, S.R., Stokes, J.M., Pogge, D.L., & Harvey, P.D. (1998). Predictors of medication compliance after hospital discharge in adolescent psychiatric patients. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 8(2), 133-141.
- McDonald, H.P., Garg, .X., & Haynes, R.B. (2002). Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: scientific review. *Journal of the American Medical Association*, 288(22), 2868-2879.
- Meichenbaum, D., & Turk, D.C. (1987). *Facilitating treatment adherence*. New-York: Plenum Press.
- Mercier, C. (1989). Le rôle des facteurs subjectifs dans la fidélité à la médication. *Revue canadienne de psychiatrie*, 34, 662-667.
- Morris, M. (1996). Patients' perceptions of psychiatric home care. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10(3), 176-183.
- Nichol, M.B., Venturini, F., & Sung, J.C. (1999). A critical evaluation of the methodology of the literature on medication compliance. *Annals of Pharmacotherapy*, 33(5), 531-540.
- Pampallona, S., Bollini, P., Tibaldi, G., Kupelnick, B., & Munizza, C. (2002). Patient adherence in the treatment of depression. *British Journal of Psychiatry*, 180, 104-109.
- Ross, F.M. (1991). Patient compliance – Whose responsibility? *Social Sciences and Medicine*, 32(1), 89-94.

- Sackett, D. L. (1976). The Magnitude of Compliance and Noncompliance. In : Sackett D., Haynes R. B. *Compliance with Therapeutic Regimens*. Baltimore and London: Johns Hopkins University Press, 9-25.
- Sher, I., McGinn, L., Sirey, J., & Meyers, B. (2005). Effets of Caregivers' Perceived Stigma and Causal Beliefs on Patients' Adherence to Antidepressant Treatment. *Psychiatric Services*, 56(5), 564-569.
- Sleath, B., Roter, D., Chewning, B., & Svarstad, B. (1999). Asking questions about medication: analysis of physician-patient interactions and physician perceptions. *Medical Care*, 37(11), 1169-1173.
- Sleator, E.K. (1985). Measurement of compliance. *Psychopharmacology Bulletin*, 21(4), 1089-1093.
- Steiner, J.F., & Prochazka, A. V. (1997). The assessment of refill compliance using pharmacy records: methods, validity, and applications. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50(1), 105-116.
- Thiruchelvam, D., Charach, A., & Schachar, R. J. (2001). Moderators and Mediators of Long-Term Adherence to Stimulant Treatment in Children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(8), 922-928.
- Trostle, J.A., (1998). Medical Compliance as an Ideology. *Social Sciences and Medicine*, 27(12), 1299-1308.
- Van De Geest, S., Renteln-Kruse, W.v., Steeman, E., Degraeve, S., & Abraham, I.L. (1998). Compliance Issues with the geriatric population. *Nursing Clinics of North America*, 33(3), 467-480.

- Vitolins, M.Z., Rand, C.S., Rapp, S.R., Ribisl, P.M., & Sevik, M.A. (2000). Measuring adherence to behavioral and medical interventions. *Controlled Clinical Trials*, 21(5 Suppl), 188S-194S.
- Williams, R. A., Hollis, H. M., & Benoit, K. (1998). Attitudes toward psychiatric medications among incarcerated female adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(12), 1301-1307.
- Zima, B. T., Bussing, R., Crecelius, G. M., Kaufman, A., & Belin, T. R. (1999). Psychotropic medication use among children in foster care: relationship to severe psychiatric disorders. *American Journal of Public Health*, 89(11), 1732-1735.
- Zito, J.M., Safer, D.J., dosReis, S., & Riddle, M.A. (1998). Racial disparity in psychotropic medications prescribed for youths with Medicaid insurance in Maryland. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(2), 179-184.

ANNEXE 1

Tableau 1

Études ayant identifié des facteurs contribuant à l'observance d'une prescription pharmacologique

| Études | Facteurs contributifs identifiés |
|--|---|
| Baillargeon, J., Contreras, S., Grady, J. J., Black, S. A., & Murray, O. (2000). Compliance with antidepressant medication among prison inmates with depressive disorders. <i>Psychiatric Services</i> , 51(11), 1444-1446. | <ul style="list-style-type: none"> - Caractéristiques personnelles du patient - Caractéristiques de la maladie et du traitement - Contexte |
| Baumann, M., & Trincard, M. (2002). Les attitudes d'autonomie dans l'observance thérapeutique d'une cohorte de consommateurs continus de psychotropes. <i>Encephale</i> , 28(5 Pt 1), 389-396. | <ul style="list-style-type: none"> - Caractéristiques personnelles du patient |
| Bastiaens L. (1995). Compliance with pharmacotherapy in adolescents : effects of patients' and parents' knowledge and attitudes toward treatment. <i>Journal of child and adolescent psychopharmacology</i> , 5(1), 39-48. | <ul style="list-style-type: none"> - Caractéristiques personnelles du patient - Attitudes des personnes significatives dans l'environnement social |
| Becker, M.H., & Mainman, L.A. (1975). Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations. <i>Medical Care</i> , 13(1), 10-24. | <ul style="list-style-type: none"> - Caractéristiques personnelles du patient - Relation thérapeutique |
| Bourgeois, J.A. (2005). Compliance with psychiatric treatment in primary care : review and strategies. <i>Primary Psychiatry</i> , 12(6), 40-47. | <ul style="list-style-type: none"> - Caractéristiques de la maladie et du traitement |
| Bowen, J., Fenton, T., & Rappaport, L. (1991). Stimulant medication and attention deficit-hyperactivity disorder. The child's perspective. <i>American Journal of Diseases of Children</i> , 145(3), 291-295. | <ul style="list-style-type: none"> - Caractéristiques personnelles du patient - Attitudes des personnes significatives dans l'environnement social |
| Bradley, S.S. (2003). The psychology of psychopharmacology triangle: the client, the clinicians and the medication. <i>Social Work in Mental Health</i> , 1(4), 29-50. | <ul style="list-style-type: none"> - Caractéristiques de la maladie et du traitement - Contexte |
| Bush, P.J., & Iannotti, R.J. (1990). A Children's Health Belief Model. <i>Medical Care</i> , 28(1), 69-86. | <ul style="list-style-type: none"> - Caractéristiques personnelles du patient |
| Chappuy, H., Tréluyer, J.-M., Gary, A., Pons, G., & Chéron, G. (2005). Observance médicamenteuse chez l'enfant. <i>Archives de pédiatrie</i> , 12, 921-923. | <ul style="list-style-type: none"> - Attitudes des personnes significatives dans l'environnement social |
| Conrad, P. (1985). The meaning of medications : another look at compliance. <i>Social Sciences and Medicine</i> , 20(1), 29-37. | <ul style="list-style-type: none"> - Caractéristiques personnelles du patient - Relation thérapeutique |
| DiMatteo, M. R. (1994). Enhancing patient adherence to medical recommendations. <i>JAMA: Jan 5</i> , 271(1), 79. | <ul style="list-style-type: none"> - Caractéristiques personnelles du patient - Relation thérapeutique |
| DosReis, S., Zito, J.M., Safer, D.J., Soeken, K.L., Mitchell, J.W.Jr., & Ellwood, L.C. (2003). Parental perceptions and satisfaction with stimulant medication for attention-deficit hyperactivity disorder. <i>Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics</i> , 24(3), 155-162. | <ul style="list-style-type: none"> - Caractéristiques personnelles du patient - Caractéristiques de la maladie et du traitement - Contexte |
| Ellis, S., Shumaker, S., Sieber, W., & Rand, C. (2000). Adherence to pharmacological interventions. Current trends and future directions. <i>The Pharmacological Intervention Working Group. Controlled Clinical Trials</i> , 21(5 Suppl), 218S-225S. | <ul style="list-style-type: none"> - Caractéristiques de la maladie et du traitement |
| Ghaziuddin, N., King, C.A., Hovey, J.D., Zaccagnini, J., & Ghaziuddin, M. (1999). Medication noncompliance in adolescents with psychiatric disorders. <i>Child Psychiatry and Human Development</i> , 30(2), 103-110. | <ul style="list-style-type: none"> - Caractéristiques personnelles du patient - Caractéristiques de la maladie et du traitement |
| Grasset, F., Bonvin, E., & Pomini, V. (2000). Pharmacothérapie psychotrope, compliance au traitement et observance des prescriptions. <i>Revue Médicale de la Suisse Romande</i> , 120(2), 137-143. | <ul style="list-style-type: none"> - Caractéristiques personnelles du patient - Caractéristiques de la maladie et du traitement - Relation thérapeutique - Contexte |
| Greenhill, L.L., & Setterberg, S. (1993). Pharmacotherapy of disorders of adolescents. <i>Psychiatric Clinics of North America</i> , 16(4), 793-814. | <ul style="list-style-type: none"> - Caractéristiques personnelles du patient - Attitudes des personnes significatives dans l'environnement social - Caractéristiques de la maladie et du traitement |
| Hack, S., & Chow, B. (2001). Pediatric psychotropic medication compliance: a literature review and research-based suggestions for improving treatment compliance. <i>Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology</i> , 11(1), 59-67. | <ul style="list-style-type: none"> - Caractéristiques personnelles du patient - Attitudes des personnes significatives dans l'environnement social - Caractéristiques de la maladie et du traitement |
| Haynes, R.B. (1979). Introduction. In Haynes, R.B., Taylor, D.W., and Sackett, D.L. (Eds.), <i>Compliance in Health Care</i> (pp 1-7). Baltimore: Johns Hopkins University Press. | <ul style="list-style-type: none"> - Caractéristiques personnelles du patient - Caractéristiques de la maladie et du traitement - Relation thérapeutique |

| Études | Facteurs contributifs identifiés |
|--|---|
| Horne, R., & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. <i>Journal of Psychosomatic Research</i> , 47(6), 555-567. | <ul style="list-style-type: none"> - Caractéristiques personnelles du patient - Caractéristiques de la maladie et du traitement |
| Leo, R.J., Jassal, K., & Bakhai, Y.D. (2005). Nonadherence with psychopharmacologic treatment among psychiatric patients. <i>Primary Psychiatry</i> , 12(6), 33-39. | <ul style="list-style-type: none"> - Caractéristiques de la maladie et du traitement - Relation thérapeutique |
| Lerner, B.H. (1997). From careless consumptives to recalcitrant patients: the historical construction of non-compliance. <i>Social Sciences and Medicine</i> , 45(9), 1423-1431. | <ul style="list-style-type: none"> - Caractéristiques personnelles du patient |
| McDonald, H.P., Garg, X., & Haynes, R.B. (2002). Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: scientific review. <i>Journal of the American Medical Association</i> , 288(22), 2868-2879. | <ul style="list-style-type: none"> - Caractéristiques personnelles du patient - Relation thérapeutique |
| Meichenbaum, D., & Turk, D.C. (1987). <i>Facilitating treatment adherence</i> . New-York: Plenum Press. | <ul style="list-style-type: none"> - Caractéristiques personnelles du patient - Caractéristiques de la maladie et du traitement - Relation thérapeutique - Contexte |
| Mercier, C. (1989). Le rôle des facteurs subjectifs dans la fidélité à la médication. <i>Revue canadienne de psychiatrie</i> , 34, 662-667. | <ul style="list-style-type: none"> - Caractéristiques personnelles du patient - Caractéristiques de la maladie et du traitement |
| Morris, M. (1996). Patients' perceptions of psychiatric home care. <i>Archives of Psychiatric Nursing</i> , 10(3), 176-183. | <ul style="list-style-type: none"> - Attitudes des personnes significatives dans l'environnement social |
| Sher, I., McGinn, L., Sirey, J., & Meyers, B. (2005). Effets of Caregivers' Perceived Stigma and Causal Beliefs on Patients' Adherence to Antidepressant Treatment. <i>Psychiatric Services</i> , 56(5), 564-569. | <ul style="list-style-type: none"> - Attitudes des personnes significatives dans l'environnement social |
| Sleath, B., Roter, D., Chewing, B., & Svarstad, B. (1999). Asking questions about medication: analysis of physician-patient interactions and physician perceptions. <i>Medical Care</i> , 37(11), 1169-1173. | <ul style="list-style-type: none"> - Relation thérapeutique |
| Thiruchelvam, D., Charach, A., & Schachar, R. J. (2001). Moderators and Mediators of Long-Term Adherence to Stimulant Treatment in Children with ADHD. <i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> , 40(8), 922-928. | <ul style="list-style-type: none"> - Caractéristiques personnelles du patient - Caractéristiques de la maladie et du traitement |
| Trostle, J.A., (1998). Medical Compliance as an Ideology. <i>Social Sciences and Medicine</i> , 27(12), 1299-1308. | <ul style="list-style-type: none"> - Relation thérapeutique |
| Van De Geest, S., Renteln-Kruse, W.v., Steeman, E., Degraeve, S., & Abraham, I.L. (1998). Compliance Issues with the geriatric population. <i>Nursing Clinics of North America</i> , 33(3), 467-480. | <ul style="list-style-type: none"> - Attitudes des personnes significatives dans l'environnement social |
| Williams, R. A., Hollis, H. M., & Benoit, K. (1998). Attitudes toward psychiatric medications among incarcerated female adolescents. <i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> , 37(12), 1301-1307. | <ul style="list-style-type: none"> - Caractéristiques personnelles du patient - Attitudes des personnes significatives dans l'environnement social - Caractéristiques de la maladie et du traitement - Contexte |

Grille d'évaluation des comportements et des attitudes face à la médication psychotrope (ÉCAOPP)

Partie 1

Pour chacun des médicaments, remplir les 4 questions suivantes :

A) Nom du médicament :

B) Pourquoi prends-tu ce médicament ?

1. Par rapport à ce premier motif de prescription (raison pour laquelle on te l'a prescrit), est-ce que ce médicament t'aide?

- ⁴ ☐ Oui, beaucoup (toujours)
- ³ ☐ Oui, la plupart du temps (plus de la moitié du temps)
- ² ☐ Oui, la moitié du temps
- ¹ ☐ Oui, un peu (moins de la moitié du temps)
- ⁰ ☐ Non, pas du tout

2. De manière globale, dans ta vie quotidienne (par exemple : relations avec tes amis, à l'école, dans ton sommeil), est-ce que ce médicament t'aide?

- ⁴ ☐ Oui, beaucoup (toujours)
- ³ ☐ Oui, la plupart du temps (plus de la moitié du temps)
- ² ☐ Oui, la moitié du temps
- ¹ ☐ Oui, un peu (moins de la moitié du temps)
- ⁰ ☐ Non, pas du tout

Partie 2

Répondre aux questions suivantes en tenant compte de l'ensemble des médicaments prescrits

3. Acceptation du (des) médicament(s) ou traitement médical (pharmacologique) – médicaments psychotropes :

- ⁵ ☐ J'accepte mon (mes) médicament(s) et je le(s) demande spontanément.
- ⁴ ☐ J'accepte mon (mes) médicament(s) sans résistance, mais je ne le(s) demande pas.
- ³ ☐ Je coopère en prenant mon (mes) médicament(s), mais je n'aime pas le(s) prendre.
- ² ☐ J'ai besoin d'encouragements ou de récompenses pour prendre mon (mes) médicament(s), mais je n'ai pas besoin de pressions pour le(s) prendre.
- ¹ ☐ J'ai besoin parfois de pressions pour prendre mon (mes) médicament(s). Ce n'est pas parce que j'ai des problèmes avec un ou des membre(s) du personnel.
- ⁰ ☐ Je refuse souvent de prendre mon (mes) médicament(s). Le recours aux pressions est souvent nécessaire.

4. Observance du traitement :

- ⁵ ☐ Je prends toujours mon (mes) médicament(s) (avec ou sans encouragements et/ou menaces).
- ⁴ ☐ Je prends très souvent mon (mes) médicament(s) (3 fois sur 4).
- ³ ☐ Je prends souvent mon (mes) médicament(s) (1 fois sur 2).
- ² ☐ Je prends parfois mon (mes) médicament(s) (1 fois sur 4).
- ¹ ☐ Je prends rarement mon (mes) médicament(s) (moins d'une fois sur 4).
- ⁰ ☐ Je ne prends jamais le(s) médicament(s) qui m'est (me sont) prescrit(s).

5. J'ai des effets secondaires (maux de tête, nausées, bouche sèche, difficultés de sommeil, fatigue, etc.) entraînés par mon (mes) médicament(s) :

- ⁵ ☐ Toujours.
- ⁴ ☐ Très souvent (3 fois sur 4)
- ³ ☐ Souvent (1 fois sur 2)
- ² ☐ Parfois (1 fois sur 4)
- ¹ ☐ Rarement (moins d'une fois sur 4)
- ⁰ ☐ Jamais

6. Je recrache mon (mes) médicament(s) :

- ⁵ ☐ Toujours.
- ⁴ ☐ Très souvent (3 fois sur 4)
- ³ ☐ Souvent (1 fois sur 2)
- ² ☐ Parfois (1 fois sur 4)
- ¹ ☐ Rarement (moins d'une fois sur 4)
- ⁰ ☐ Jamais

7. Je cache/dissimule mon (mes) médicament(s) :

- ⁵ ☐ Toujours.
- ⁴ ☐ Très souvent (3 fois sur 4)
- ³ ☐ Souvent (1 fois sur 2)
- ² ☐ Parfois (1 fois sur 4)
- ¹ ☐ Rarement (moins d'une fois sur 4)
- ⁰ ☐ Jamais

8. J'accumule (garde) mon (mes) médicament(s) :

- ⁵ ☐ Toujours.
- ⁴ ☐ Très souvent (3 fois sur 4)
- ³ ☐ Souvent (1 fois sur 2)
- ² ☐ Parfois (1 fois sur 4)
- ¹ ☐ Rarement (moins d'une fois sur 4)
- ⁰ ☐ Jamais

9. Il m'est déjà arrivé (même si c'est seulement une fois) de donner à d'autres ou de vendre mon (mes) médicament(s) :

- ¹ ☐ Oui
- ⁰ ☐ Non

10. Il arrive parfois que les gens trouvent difficile de prendre leur médication tel que prescrit par leur médecin. « Tel que prescrit » signifie prendre constamment la dose de médicament dicté par votre médecin, au(x) moment(s) dicté(s) par votre médecin. Veuillez indiquer l'énoncé qui décrit le mieux la façon dont vous vous sentez présentement quant au fait de prendre votre médication tel que prescrite.

- ⁰ ☐ Je ne prends pas ma médication tel que prescrite et, présentement, je n'envisage pas de le faire.
- ¹ ☐ Je ne prends pas ma médication tel que prescrite mais, présentement, d'envisage de le faire.
- ² ☐ Je ne prends pas ma médication tel que prescrite mais je prévois commencer à le faire.
- ³ ☐ Présentement, je prends constamment ma médication tel que prescrite, toutefois je le fais depuis moins de six mois.
- ⁴ ☐ Présentement, je prends constamment ma médication tel que prescrite et je l'ai fais depuis au moins six mois.

11. Je pense que les médicaments donnés par les psychiatres (pédopsychiatres) sont généralement efficaces.

- ⁴○ Fortement en accord.
- ³○ Moyennement en accord.
- ²○ Neutre ou indécis.
- ¹○ Moyennement en désaccord.
- ⁰○ Fortement en désaccord.

12. Je pense que les médicaments donnés par les psychiatres (pédopsychiatres) sont généralement bons pour la santé physique.

- ⁴○ Fortement en accord.
- ³○ Moyennement en accord.
- ²○ Neutre ou indécis.
- ¹○ Moyennement en désaccord.
- ⁰○ Fortement en désaccord.

13. Je pense que les médicaments donnés par les psychiatres (pédopsychiatres) sont généralement bons pour la santé mentale.

- ⁴○ Fortement en accord.
- ³○ Moyennement en accord.
- ²○ Neutre ou indécis.
- ¹○ Moyennement en désaccord.
- ⁰○ Fortement en désaccord.

14. De manière générale, je pense que les gens qui prennent des médicaments pour leurs comportements ou leurs émotions prennent les bons moyens pour régler leurs problèmes.

- ⁴○ Fortement en accord.
- ³○ Moyennement en accord.
- ²○ Neutre ou indécis.
- ¹○ Moyennement en désaccord.
- ⁰○ Fortement en désaccord.

Article 3

L'observance de la prescription de médicaments psychotropes en centre de réadaptation
telle qu'évaluée par un éducateur et par l'adolescent lui-même

Catherine Laurier

Denis Lafortune

Déclaration des coauteurs

Étudiante : Catherine Laurier

Unité académique : Département de psychologie, Faculté des arts et des sciences

Grade postulé : Ph.D. Psychologie – recherche

Le troisième article est intitulé « L'observance de la prescription de médicaments psychotropes en centre de réadaptation telle qu'évaluée par un éducateur et par l'adolescent lui-même ».

Cet article a été soumis à la Revue de Psychoéducation.

Laurier, C., & Lafortune, D. L'observance de la prescription de médicaments psychotropes en centre de réadaptation telle qu'évaluée par un éducateur et par l'adolescent lui-même.

A titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que Catherine Laurier inclut cet article dans sa thèse de doctorat qui a pour titre *Étude de l'observance de la médication psychotrope chez les adolescents hébergés en centres de réadaptation*.

Denis Lafortune, Ph.D.

Coauteur


Signature

27 sept 2006
Date

L'observance de la prescription de médicaments psychotropes en centre de réadaptation
telle qu'évaluée par un éducateur et par l'adolescent lui-même

Catherine Laurier et Denis Lafortune*

Université de Montréal

* Adresse de correspondance : [REDACTED]

Université de Montréal

École de Criminologie

C.P. 6128 Succ. Centre-Ville

Montréal, Québec, Canada

H3C 3J7

Téléphone : 514.343.6640

Télécopieur : 514.343.2269

Résumé

Devant l'ampleur du phénomène de la prescription de médicaments psychotropes en centres de réadaptation, des questions se posent quant à l'adhésion (ou « observance ») des jeunes à cette médication. Afin d'évaluer l'observance à la prescription psychopharmacologique dans ces milieux, nous avons déjà validé l'Échelle d'évaluation des comportements et des attitudes d'observance à la psychopharmacoprescription (ÉCAOPP) (Laurier & Lafortune, 2005), permettant de mesurer l'observance auto-révélee par les adolescents qui sont hébergés dans ces milieux. Il paraît nécessaire d'ajouter un autre regard sur les comportements d'observance, soit celui de l'éducateur responsable de l'adolescent en centre de réadaptation. Cette étude permet d'abord de valider l'ÉCOPP-Obs (Échelle d'évaluation des comportements d'observance à la prescription psychopharmacologique – pour un observateur). La version retenue comprend six items et possède de bonnes propriétés psychométriques. Par la suite, pour 104 dyades « adolescent-éducateur », les résultats obtenus à l'ÉCOPP-Obs sont comparés à ceux de l'ÉCAOPP. L'étude des divergences entre les deux évaluations a permis la création d'une nouvelle variable (« différence entre l'observance auto-rapportée et l'observance observée par un tiers »).

Mots clés: adolescents, éducateurs, observance, médicaments psychotropes, co-évaluation, validation.

L'observance de la prescription de médicaments psychotropes en centre de réadaptation
telle que co-évaluée par un éducateur et par l'adolescent lui-même

Introduction

Dans la région de Montréal et de ses banlieues, en 2001, la prescription de médicaments psychotropes touchait 36,6% des enfants et des adolescents placés dans les centres de réadaptation des « Centres jeunesse »¹ (Lafortune, Laurier & Gagnon, 2004). Devant l'ampleur du phénomène, des questions se posent quant à l'observance (ou « adhésion ») des jeunes à leur médication. En effet, dans ces milieux, même si la consommation des médicaments s'inscrit souvent dans un contexte d'autorité et de contrainte, il y a tout lieu de présumer que les jeunes peuvent décider de se conformer ou non à leur plan d'intervention.

De manière générale, la façon d'évaluer les rapports entre les recommandations / prescriptions du médecin et les conduites du patient, de même que la terminologie employée pour y référer (i.e. observance, adhésion, concordance, etc.) varient grandement d'une étude à l'autre (Baumann, Baumann & Alla, 2004; Baumann & Trincard, 2002; Bourgeois, 2005; Fawcett, 1995; Gordis, 1976; Grasset, Bonvin, & Pomini, 2000; Lerner, 1997; McDonald, Garg, & Haynes, 2002; Nichol, Venturini & Sung, 1999; Sleator, 1985). Par exemple, il est possible d'évaluer l'observance à l'aide de mesures directes, telles que des analyses biochimiques et observations *in-vivo*, ou indirectes, telles que le jugement clinique d'un intervenant, les auto-révélations du

¹ Pour décrire en quelques mots quelle peut être la population des jeunes desservie par les Centres Jeunesse, rappelons qu'en 1998, le Conseil québécois d'agrément a confié quatre missions spécifiques à ces établissements: la délinquance juvénile; la protection de la jeunesse; les services particuliers (adoption, retrouvailles, expertise à la Cour, médiation familiale) et développement des réseaux de milieux de vie substituts.

patient, le décompte des comprimés, la consultation de registres ou le « monitoring » électronique (Baumann et al., 2004; Breen & Thornhill, 1998; Cramer & Rosenheck, 1998; Ellis, Shumaker, Sieber, & Rand, 2000; Evans & Spelman, 1983; Ghaziuddin, King, Hovey, Zaccagnini, & Ghaziuddin, 1999; Vik, Maxwell & Hogan, 2004; Vitolins, Rand, Rapp, Sibisl, & Sevick, 2000; Willey, et al., 2000). Dans les cas des traitements pharmacologiques, les mesures auto-révélées restent les plus utilisées (Vitolins et al., 2000). En effet, elles comportent des avantages importants : elles sont rapides, flexibles, faciles, économiques, démontrent une bonne validité de contenu et permettent de connaître les motifs invoqués par les patients pour expliquer leur observance ou inobservance, partielle ou totale (Ghaziuddin et al., 1999; Vitolins et al., 2000). Toutefois, elles présentent aussi des inconvénients dans la mesure où elles tendent à surestimer l'observance, à cause de facteurs tels que : la désirabilité sociale, les effets de récence (tendance à ne se rappeler que des événements les plus rapprochés dans le temps) et les habiletés de l'expérimentateur à identifier les incohérences dans le discours du patient (Ellis et al., 2000; Ghaziuddin et al., 1999; Vitolins et al., 2000).

Lorsqu'il s'agit d'étudier les adolescents en centres de réadaptation, qui peuvent être contraints de prendre une médication, il paraît nécessaire de questionner autant leurs attitudes face aux médicaments que leurs comportements manifestes. En effet, leurs comportements peuvent parfois « correspondre aux recommandations ou prescriptions du médecin » (Haynes, 1979) tout en n'étant motivés que par un simple conformisme superficiel. Dans un premier temps, il nous est apparu intéressant de développer une mesure bidimensionnelle de l'observance, en incluant divers items relatifs (i) aux *comportements* d'observance ainsi (ii) qu'aux *attitudes* face à la médication prescrite. Cette grille, l'ÉCAOPP ou « évaluation des comportements et des attitudes d'observance

de la psychopharmacoprescription » est destinée à être utilisée spécifiquement auprès des adolescents placés en centres de réadaptation (Laurier & Lafortune, 2005). Quarante-neuf jeunes placés en institution (58 adolescents et 31 adolescentes), âgés de 14 à 17 ans et prenant au moins un médicament psychotrope au moment de la collecte de données ont accepté de participer à l'étude de validation. La version finale de l'échelle comprend 12 items mesurant (i) les attitudes d'acceptation des médicaments psychotropes prescrits (sept items) et (ii) les comportements d'observance face aux médicaments psychotropes prescrits (cinq items). Les résultats à ces deux échelles ont révélé que les adolescents avaient en général de bons comportements d'observance malgré que le fait, qu'au plan des attitudes, ils soient relativement partagés par rapport à leur appréciation des bienfaits de ces prescriptions (Laurier & Lafortune, 2005).

L'ÉCAOPP est apparue comme une mesure valide et présentant une bonne cohérence interne. Elle évalue à la fois les attitudes et les comportements d'observance tels que révélés par les adolescents eux-mêmes, mais certaines caractéristiques de cette population nous incitent à procéder à une évaluation qui ne repose pas uniquement sur l'auto-révélation. En centres de réadaptation, le contexte d'autorité caractérisant la prise en charge et le fait que les usagers traversent leur adolescence, une période de vie pouvant exacerber les comportements d'opposition, sont deux facteurs qui suggèrent la nécessité de faire aussi appel à des observateurs externes (Greenhill & Setterberg, 1993; Williams, Hollis & Benoit, 1998).

Dans plusieurs procédures d'évaluation clinique des enfants et adolescents (ex. : échelles de Conners ou *Child Behavior Checklist* d'Achenbach, 1991), il est admis que l'auto-évaluation ne suffit pas (Stanger & Lewis, 1993). Dans ce domaine, il est jugé préférable de se référer à des informateurs multiples, tels que les parents, les professeurs,

les cliniciens ou d'autres individus connaissant bien l'enfant (Chappuy, Tréluyer, Gary, Pons, & Chéron, 2005; De Los Reyes & Kazdin, 2005, Kraemer et al., 2003; Stanger & Lewis, 1993; Youngstrom, Loeber, & Stouthamer-Loeber, 2000). En effet, des évaluations provenant de perspectives et de contextes différents permettent d'obtenir leur « triangulation », c'est-à-dire une vision plus complète de la problématique, grâce aux recoupements et aux divergences des perspectives des principaux acteurs impliqués dans le traitement (Chappuy et al., 2005).

Deux perspectives ou deux phénomènes différents? Que ce soit dans des protocoles de recherche ou des contextes cliniques, plusieurs auteurs se sont intéressés à la concordance entre les évaluations faites par différents répondants adultes, tels que les parents, les professeurs, et les jeunes eux-mêmes (Achenbach, McConaughy, & Howell, 1987; De Los Reyes & Kazdin, 2005; Handwerk et al., 1999; Offord et al., 1996; Stanger & Lewis, 1993; Van der Ende & Verhulst, 2005). En général, les corrélations entre les évaluations de ces différents répondants, faites à l'aide d'échelles comparables, ne sont pas élevées et se situent de « faibles à modérées » (Achenbach et al., 1987; De Los Reyes & Kazdin, 2005; Handwerk Larzelere, Soper, & Friman, 1999; Offord et al., 1996). Pour l'ensemble des chercheurs qui se sont penchés sur cette question, la valeur de ces coefficients de corrélation peut varier en fonction de différents facteurs, dont : (i) la nature des phénomènes à évaluer (ex. : les troubles extériorisés font l'objet de meilleurs accords inter-juges que les troubles intériorisés) (Van der Ende & Verhulst, 2005; Youngstrom et al., 2000), (ii) le contexte (ex. : milieu familial versus milieu scolaire ou institutionnel) (Van der Ende & Verhulst, 2005), (iii) les différences de rôle, d'attributions de causalité ou de sensibilité entre deux observateurs adultes (Achenbach et al., 1987; De Los Reyes & Kazdin, 2005; Handwerk et al., 1999; Stanger & Lewis,

1993; Van der Ende & Verhulst, 2005), (iv) les différences de contexte, de rôle, d'attributions de causalité ou de sensibilité entre un jeune observateur et un observateur adulte.

Ainsi, selon l'algorithme développé par Kraemer et al. (2003), l'appréciation que fait un évaluateur du comportement de l'enfant dépend : (i) de la nature du phénomène (ou trouble) mesuré; (ii) du contexte influençant l'expression de la dimension mesurée; (iii) de la perspective influençant ce que perçoit l'informateur (ce qui représente la source majeure de variabilité entre les informateurs); et (iv) de l'erreur de mesure. Le contexte et la perspective sont souvent confondus expliquent Kramer et al. (2003) puisqu'ils peuvent varier conjointement. Par exemple, le père et la mère peuvent avoir une perspective différente du professeur par rapport aux comportements qu'ils observent chez l'enfant. Mais le contexte dans lequel ils évoluent est aussi différent : alors que les premiers voient leur enfant à la maison, le professeur l'observe à l'école. Face à ces sources de variation possibles entre les informateurs et entre les évaluations qu'ils font d'un même trouble, Kraemer et al. (2003) proposent un modèle tri-dimensionnel où des informateurs variés sont choisis afin de couvrir le plus de perspectives et de contextes différents et d'avoir une meilleure appréhension du problème.

De leur côté, Achenbach et al. (1987), proposent une approche dite « multiaxiale » où les données provenant des différents répondants sont considérées comme des syndromes distincts, plutôt que comme des perspectives complémentaires sur un même syndrome. Ces auteurs postulent que les différences observées entre les répondants traduisent le fait que l'évaluation porte sur des comportements différents et qu'elles n'indiquent pas forcément un problème de validité dans la mesure d'un des répondants. À leurs yeux, les discordances entre les répondants au sujet d'un enfant ou d'un

adolescent sont aussi importantes que les accords dans la compréhension d'une situation clinique. Ces discordances peuvent révéler des variations dans le fonctionnement de l'enfant selon le contexte. Même si elles sont plus difficiles à interpréter, les évaluations « sur plusieurs axes » reflètent mieux la complexité inhérente des situations et permettent des diagnostics qui ne reposent pas que sur un jugement individuel (Ferdinand, Van der Ende & Verhulst, 2004).

Sous l'angle des attributions ou des causes perçues d'un phénomène problématique, ainsi que de la nécessité d'intervenir ou de le « traiter », les évaluations d'observateurs adultes concordent plus avec celles d'adolescents qu'avec celles d'enfants, ce qui pourrait s'expliquer par la meilleure capacité des plus vieux à juger de leurs besoins d'aide (De Los Reyes & Kazdin, 2005). Handwerk et al. (1999) soulignent, par ailleurs, que le milieu dans lequel l'adolescent réside peut faire varier l'évaluation qu'il fait de ses troubles. En effet, les adolescents placés hors de leur famille (*out of home placements*) ont tendance à minimiser davantage leurs problèmes de comportement. En outre, alors qu'au sein de la population générale les scores des adolescents au Youth Self Report (YSR) (Achenbach, 1991) sont habituellement plus élevés que ceux des parents aux échelles correspondantes au Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach, 1991), dans les milieux avec restrictions de liberté cette tendance est inversée : les évaluations des parents (CBCL) indiquent des problèmes plus sévères.

Si les points de vue d'un adulte et d'un adolescent diffèrent très souvent et ce, même lors de l'évaluation des comportements manifestes et relativement observables, il faut alors choisir une stratégie d'analyse qui tienne compte de cette dualité (Kraemer et al., 2003). Certains auteurs recommandent d'agréger tout simplement les données, i.e. de considérer qu'un critère est atteint si au moins un des informateurs l'identifie (Bird,

Gould & Staghezza, 1992; Piacentini, Cohen & Cohen, 1992). Cela augmente cependant les risques d'obtenir un « faux positif », soit de conclure à un trouble lorsqu'il y en n'a pas. D'autres utilisent les évaluations de manière distincte, chaque observation contribuant à l'évaluation du symptôme ou du trouble (Cook & Goldstein, 1993; Offord et al., 1996). L'idéal, selon Kraemer et al. (2003), est d'obtenir des mesures orthogonales, c'est-à-dire des mesures indépendantes les unes des autres, avec un minimum de colinéarité.

Bref, l'ÉCAOPP a déjà révélé que les adolescents en centres de réadaptation rapportent de bons comportements d'observance, mais que sur le plan des attitudes ils sont beaucoup plus partagés et ambivalents dans l'appréciation de leurs prescriptions de médicaments (Laurier & Lafortune, 2005). Il est possible qu'une évaluation faite par des informateurs externes puisse apporter un tout autre éclairage sur ces deux questions. Toutefois, une co-évaluation des *comportements* d'observance par deux évaluateurs (l'adolescent lui-même et son éducateur) s'avère plus réalisable qu'une co-évaluation des *attitudes* de l'adolescent envers la médication. En effet, les premiers sont plus manifestes et observables que les secondes. Voilà pourquoi, après avoir validé l'échelle d'évaluation *des attitudes et des comportements* d'observance (ÉCAOPP) pour les adolescents, nous avons donc élaboré une échelle d'évaluation *des comportements* d'observance des adolescents destinée aux éducateurs (ÉCOPP-Obs).

Objectifs

Cette étude se propose de : (i) valider l'ÉCOPP-Obs (Échelle d'Évaluation des Comportements d'Observance à la Prescription Psychopharmacologique – pour un

Observateur), (ii) comparer, pour de échantillon de dyades « adolescent / éducateur », les résultats de l'ÉCOPP-Obs et ceux de l'ÉCAOPP (version adolescent) et (iii) analyser les divergences observées entre les informations données par les adolescents et celles fournies par les éducateurs (à la lumière de l'âge, du genre, des comportements problématiques et des symptômes psychiatriques de l'adolescent, du genre de l'éducateur et de la région administrative).

Méthodologie

Instruments

Fiche socio-démographique

Une fiche signalétique constituée à partir du dossier institutionnel de l'adolescent a d'abord été remplie afin de regrouper certains renseignements socio-démographiques (date de naissance, sexe) nécessaires et d'identifier la région administrative dans laquelle est placé l'adolescent (il s'agit en effet d'une recherche multi-sites regroupant cinq régions du Québec). Une fiche sur les médicaments prescrits au jeune a été complétée par l'éducateur-tuteur, à qui on demandait aussi de spécifier son propre sexe.

Échelle d'évaluation des comportements et des attitudes d'observance de la psychopharmacoprescription (ECAOPP)

Tel que mentionné ci-haut, la version finale de l'échelle d'évaluation des comportements et des attitudes d'observance de la psychopharmacoprescription comprend 12 items mesurant (i) les attitudes d'acceptation des médicaments psychotropes prescrits (sept items) et (ii) les comportements d'observance face aux médicaments psychotropes prescrits (cinq items). Chacune de ces échelle montre de très

bonnes propriétés psychométriques, les coefficients alpha obtenus étant de 0,81 pour le premier facteur et de 0,82 pour le second (Laurier & Lafortune, 2005).

L'Échelle d'évaluation des comportements et des attitudes d'observance de la psychopharmacoprescription – pour un observateur (ECOPP-Obs)

Six questions tirées de l'ÉCAOPP et évaluant les comportements d'observance ou de mésusage des médicaments par les adolescents ont été posées aux éducateurs. Le libellé de ces questions a été modifié afin de s'adresser à un tiers évaluant les comportements d'observance de l'adolescent (échelle présentée à l'annexe 1).

Youth Self Report (YSR) et Teacher Report Form (TRF)

L'inventaire d'Achenbach (1991) est utilisée dans le cadre de cette étude afin d'évaluer les principaux comportements problématiques des adolescents. La version FYSR (French translation of Youth Self Report) a été administrée aux adolescents (Wyss, Voelker, Cornock, & Hakim-Larson, 2003) et la version TRF (Teacher Report Form) a été administrée aux éducateurs. Ces deux instruments comportent 113 items, équivalents dans les deux versions (FYSR et TRF), qui sont divisés en huit échelles : (1) anxiété et dépression; (2) retrait et dépression; (3) plaintes somatiques; (4) problèmes sociaux; (5) problèmes de la pensée; (6) problèmes d'attention; (7) comportements déviants; (8) comportements agressifs. Le répondant est appelé à évaluer la présence de divers comportements problématiques à l'aide d'une échelle de type Likert en trois points : « Ne s'applique pas », « Parfois vrai » ou « Souvent vrai ». Des huit échelles, deux sous-totaux sont obtenus, soit un pour les problèmes intériorisés et un autre pour les problèmes extériorisés, en plus d'un score total; ces trois scores – intériorisé, extériorisé et total – seront utilisés pour les comparaisons dans cette étude. Les scores obtenus à chacune des échelles peuvent être convertis afin de les situer par rapport aux

scores habituellement obtenus par des sujets de même âge et de même genre. Les qualificatifs peuvent être alors : « normal », « clinique » ou « limite », soit entre la normalité et la zone clinique

La cohérence interne de l'instrument conçu pour les 4 à 18 ans a été évaluée à 0,95 pour les problèmes comportementaux et à 0,99 pour la compétence sociale, tandis que la fidélité test-retest est évaluée à 0,84 et à 0,97 pour les problèmes comportementaux et la compétence sociale. La fidélité inter-juges entre deux adultes est élevée, avec des coefficients de 0,96 pour les problèmes de comportement et de 0,93 pour la compétence sociale. Elle est également très forte lorsque les questionnaires sont remplis par chacun des parents, puisqu'elle est de 0,99 pour les problèmes comportementaux et de 0,98 pour la compétence sociale. Quant à la stabilité de l'instrument conçu pour les plus jeunes, elle se situe autour de 0,70 pour les différentes sous-échelles (Lowe, 1998).

Échelle d'évaluation psychiatrique pour enfants – version abrégée (BPRS-C)

Cette échelle d'évaluation des symptômes psychiatriques est très utilisée en recherche dans la mesure où elle ne nécessite que peu de connaissances spécialisées de la part de l'intervenant qui l'administre. Elle permet d'identifier des symptômes psychiatriques. Cet instrument comprend 21 items divisés en 7 sous-échelles : (1) problèmes comportementaux; (2) dépression; (3) troubles de la pensée; (4) excitation psychomotrice; (5) retrait-retard; (6) anxiété; (7) organisation psychique, elle-même divisée en (a) intériorisation, (b) problèmes développementaux, et (c) externalisation (Hugues, Rintelmann, Emslie, Lopez, & MacCabe, 2001). Pour cette étude, nous n'utiliserons que le score total obtenu pour l'ensemble des échelles.

Participants

Les participants ont été recrutés dans les centres de réadaptation de cinq régions administratives des Centres jeunesse du Québec : Montérégie, Montréal, Chaudière-Appalaches, Saguenay et Lanaudière. Les critères d'inclusion étaient: (i) d'avoir entre 14 et 18 ans, (ii) d'être hébergé en centres de réadaptation et (iii) d'avoir actuellement au moins une prescription de médicaments psychotropes. À l'inverse, la présence d'un retard mental (tel qu'indiqué dans le dossier de l'adolescent) a constitué un critère d'exclusion, tous les participants devant être en mesure de répondre aux questionnaires. Nous avons aussi exclus les adolescents pour lesquels la prescription de médicaments psychotropes a été faite uniquement dans le dessein de traiter une psychose, la schizophrénie ou l'épilepsie. Ce critère a été ajouté de manière à obtenir un échantillon présentant des caractéristiques symptomatiques généralement partagées par les autres adolescents en centres de réadaptation (i.e. troubles extériorisés et intériorisés, sans symptôme psychotique).

Afin de recruter les participants à cette étude, quatre types d'unités de vie ont été ciblés dans un premier temps selon le niveau d'encadrement (milieux réguliers et encadrement intensif) et le sexe des adolescents qui y résident (garçons et filles). Dans un second temps, nous avons proposé aux adolescents hébergés dans les unités sélectionnées de participer à cette étude. La participation était volontaire. Compte tenu du fait qu'il s'agissait d'une population de mineurs, vulnérables et privés de leur liberté, un soin particulier a été apporté à la clarté des formulaires de consentement (i.e. participation libre, aucune répercussion sur les interventions auxquelles les jeunes ont droit). Les adolescents ayant accepté de participer à l'étude ont répondu à l'ÉCAOPP et

au FYSR. Ensuite, pour chacun des adolescents ayant participé, son éducateur responsable (ou tuteur) a été invité à remplir l'ÉCOPP-Obs, le TRF et le BPRS-C.

Analyses statistiques

Le logiciel SPSS 13.0 pour Windows a été utilisé pour effectuer les analyses statistiques. La validité de structure (*construct validity*) a permis de déterminer le nombre de facteurs dans l'échelle ainsi que la proportion de la variance expliquée par chacun. Le coefficient alpha de *Cronbach* a ensuite permis de déterminer la consistance interne des items de l'échelle. Les comparaisons de moyennes de groupes (âge, nombre de médicaments prescrits et score total au BPRS-C) ont été réalisées à l'aide d'un test d'ANOVA, alors que les tests de comparaison des données catégorielles (résultats aux échelles d'Achenbach – YSR et TRF, région administrative, genre de l'adolescent et genre de l'éducateur) ont été effectués à l'aide d'un test de khi-carré.

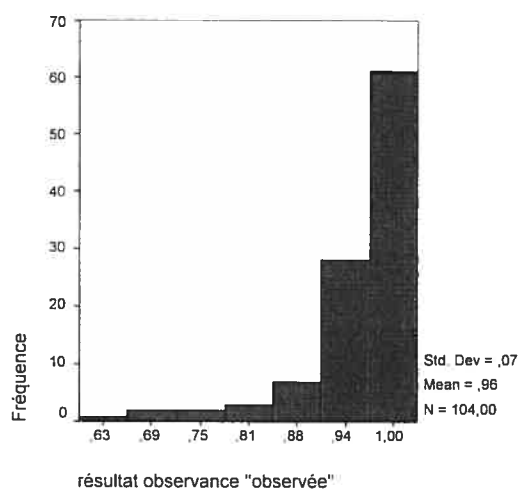
Résultats

Validité de construit et fidélité de l'ÉCOPP-Obs

Les questions concernant l'observance observée par les éducateurs se regroupent en un seul facteur réunissant six items portant sur : la prise de médication telle que prescrite, le fait de recracher, cacher, cumuler, donner à d'autres personnes ou vendre ses médicaments (l'échelle est présentée en annexe 1, ainsi que les coefficients de corrélation de chacun des items avec ce facteur). Ce facteur d' « observance observée par un tiers », explique 56,6% de la variance et démontre une bonne cohérence interne, avec un *alpha de Cronbach* de 0,79.

Le score brut, obtenu en cumulant les réponses aux six items, a ensuite été converti en un score allant de zéro (« 0 ») à un (« 1 »). La distribution de fréquences pour cette variable est présentée à la figure 1. On y constate que l'observance, telle qu'observée par les éducateurs est très bonne, la moyenne étant de 0,96, par rapport à un maximum possible de « 1 ». Plus précisément, 58,7% des éducateurs donnent un score d'observance « parfait », de « 1/1 », à l'adolescent dont ils sont responsables. Cela signifie qu'ils considèrent que cet adolescent manifeste une observance totale de la prescription (question 1, annexe 1) et aucun comportement de mésusage des médicaments (questions 2 à 6, annexe 1).

Figure 1
Distribution des comportements d'observance tels qu'observés par les éducateurs



Concordance entre l'observance observée par les éducateurs et l'observance auto-rapportée par les adolescents : une co-construction de l'observance

Pour les 104 dyades adolescent / éducateur étudiées, il a été possible de corrélérer le score d'observance observée par l'éducateur (ECAOPP-Obs) au score obtenu par l'adolescent à l'ÉCAOPP, qui varie lui aussi de zéro à un (voir la distribution des résultats à l'échelle des comportements d'observance auto rapportés à la figure 2 en annexe 2). Les résultats de la sous-échelle des comportements à l'ÉCAOPP (auto-

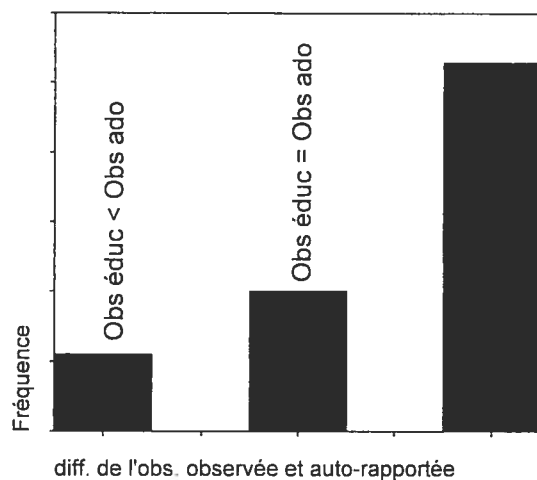
révélée) et de l'échelle d'observance observée (par les éducateurs) sont corrélés positivement et de façon significative ($\rho = 0,38$, $p < 0,001$), corrélation qu'il est possible de qualifier de modérée. Ainsi, un adolescent perçu comme très observant par son éducateur aura tendance à obtenir un score élevé d'observance auto-révlée. Bien que les évaluations de l'observance par l'adolescent et par l'éducateur soient corrélées positivement, ces deux mesures ne sont pas totalement équivalentes. En effet, généralement, les évaluations des éducateurs sont plus favorables que celles que font les adolescents de leurs propres comportements.

Dans le but précis d'évaluer les divergences entre l'observance observée par les éducateurs et celle auto-rapportée par les adolescents, nous avons créé une variable pouvant traduire cette divergence. Comme les évaluations de l'observance faites par les éducateurs sont en général plus favorables que celles des adolescents, nous avons soustrait les secondes des premières, une procédure qui a déjà été utilisée par Youngstrom et al. (2000).

Ainsi, tel que présenté à la figure 2, trois groupes de dyades peuvent être dégagées à l'aide de cette variable : (i) celles qui obtiennent une cote de « 0 » indiquent une adéquation parfaite entre les évaluations de l'adolescent et de l'éducateur (observance adolescent = observance éducateur), ce qui représente 23,8% de l'échantillon; (ii) celles obtenant une cote positive traduisent le fait que la « meilleure observance » est rapportée par l'éducateur (observance éducateur > observance adolescent), ce qui est le cas pour 64,1% de l'échantillon; et (iii) celles obtenant une cote négative signifient que l'adolescent rapporte de « meilleurs » comportements d'observance que ne le fait son éducateur (observance éducateur < observance adolescent), ce qui est le cas pour 13,1% des adolescents de l'échantillon.

Figure 3

Distribution des adolescents selon la différence obtenue entre l'observance observée par les éducateurs (obs éduc) et l'observance auto-révoélée par les adolescents (obs ado)



Afin d'examiner plus en détail ce qui distingue ces groupes de co-évaluations, nous les avons analysés à la lumière de l'âge, du genre, des comportements problématiques et symptômes psychiatriques de l'adolescent, du genre de l'éducateur et de la région administrative. Les résultats sont présentés dans le tableau 1 suivant.

Tableau 1
Comparaisons entre les dyades d'observance observée et d'observance auto-révélee

| | Obs.éduc. < obs. ado | Obs.éduc. = obs. ado | Obs.éduc. > obs. ado | total | Sign. |
|-------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------|----------|
| Âge de l'adolescent | 15,4 (1,12) | 15,2 (1,31) | 14,7 (1,33) | 14,8 (1,36) | n.s. |
| Genre de l'adolescent | | | | | |
| Masculin | 81,8% | 75% | 64,2% | 69% | n.s. |
| Féminin | 18,2% | 25% | 35,8% | 31% | |
| Genre de l'éducateur | | | | | |
| Masculin | 75% | 46,2% | 40,5% | 44,4% | n.s. |
| Féminin | 25% | 53,8% | 59,5% | 55,6% | |
| Région administrative | | | | | |
| Ville | 54,5% | 30% | 18,9% | 26,2% | p < 0,05 |
| Banlieue et éloignée | 45,5% | 70% | 81,1% | 73,8% | |
| Nombre médicaments prescrits | 1,81 (0,98) | 2,05 (1,15) | 1,47 (0,77) | 1,72 (0,93) | p < 0,1 |
| YSR | | | | | |
| Tr. Intériorisés | | | | | |
| Seuil normal | 40% | 68,4% | 36,5% | 44,4% | p < 0,1 |
| Seuil limite | 40% | 21,1% | 21,2% | 23,5% | |
| Seuil clinique | 20% | 10,5% | 42,3% | 32,1% | |
| Tr. Extériorisés | | | | | |
| Seuil normal | 60% | 47,4% | 30,8% | 38,3% | n.s. |
| Seuil limite | 20% | 26,3% | 30,8% | 28,4% | |
| Seuil clinique | 20% | 26,3% | 38,5% | 33,3% | |
| Score total | | | | | |
| Seuil normal | 60% | 78,9% | 48,1% | 56,8% | n.s. |
| Seuil limite | 30% | 10,5% | 17,3% | 17,3% | |
| Seuil clinique | 10% | 10,5% | 34,6% | 25,9% | |
| TRF | | | | | |
| Tr. Intériorisés | | | | | |
| Seuil normal | 80% | 38,9% | 52,3% | 52,8% | n.s. |
| Seuil limite | 20% | 27,8% | 22,7% | 23,6% | |
| Seuil clinique | 0% | 33,3% | 25% | 23,6% | |
| Tr. Extériorisés | | | | | |
| Seuil normal | 20% | 27,8% | 31,8% | 29,2% | n.s. |
| Seuil limite | 50% | 44,4% | 40,9% | 43,1% | |
| Seuil clinique | 30% | 27,8% | 27,3% | 27,8% | |
| Score total | | | | | |
| Seuil normal | 50% | 38,9% | 50% | 47,1% | n.s. |
| Seuil limite | 40% | 27,8% | 23,8% | 27,1% | |
| Seuil clinique | 10% | 33,3% | 26,2% | 25,7% | |
| BPRS-C | | | | | |
| Score total | 38,4 (7,97) | 36,3 (16,11) | 35,1 (16,58) | 36,1 (16,27) | n.s. |

n.s. : non-significatif

Ces analyses statistiques ont permis d'établir qu'en ce qui a trait à l'âge de l'adolescent, aux genres de l'adolescent et de l'éducateur, aux résultats obtenus aux Youth Self Report (YSR), Teacher Report Form (TRF) et à l'échelle d'évaluation psychiatrique (BPRS-C), les dyades où « l'observance auto-révélee concorde avec celle

observée par l'éducateur » ne diffèrent pas significativement des dyades où l'observance observée et l'observance auto-révlée divergent. Par contre, il apparaît que la région administrative des Centres jeunesse où est placé le jeune diffère significativement entre les trois groupes de dyades; les adolescents placés dans une région urbaine ont tendance à rapporter une bonne observance mais être jugés plus sévèrement par leurs éducateurs. Ceux étant placés dans une banlieue ou dans une région plus éloignée, à l'inverse, rapportent de moins bons comportements d'observance que ce qu'en observent leurs éducateurs.

Discussion

Le premier objectif de cette étude était de valider l'ECOPP-Obs. À cet égard, les analyses factorielles produisent une solution en un seul facteur qui possède de bonnes propriétés psychométriques. La version finale de cette échelle (en annexe 1) comprend six items concernant les comportements d'observance ainsi que les comportements de mésusage face aux médicaments psychotropes prescrits. Ce facteur unique explique 56,6% de la variance et démontre une bonne cohérence interne, avec un *alpha de Cronbach* de 0,79.

Le second objectif était de comparer les résultats obtenus à l'ÉCOPP-Obs et ceux fournis par l'ÉCAOPP (version adolescent). Les scores obtenus à ces deux échelles sont corrélés positivement de façon modérée et significative. Un adolescent qui révèle de bons comportements d'observance sera, en général, considéré comme observant par un tiers. Bien qu'elles soient corrélées significativement, ces deux mesures sont loin d'être équivalentes, ce qui nous a amené à effectuer des analyses supplémentaires pour mieux comprendre ce que cette différence pouvait révéler. Ainsi, nous avons créé une variable issue de la différence entre ces deux mesures (score rapporté à l'ÉCAOPP soustrait de

celui l'ÉCOPP-Obs). Dans la majorité des dyades, les éducateurs évaluent les comportements observance plus positivement que ne le fait l'adolescent lui-même.

Le troisième objectif de cette étude était d'interpréter ces divergences observées entre l'évaluation de l'observance par les adolescents et par leurs éducateurs. Pour ce faire, nous avons comparé les variables socio-démographiques et les résultats aux échelles YSR, TRF et BPRS-C des adolescents des trois groupes ci-haut mentionnés (i; ii; iii). Ces comparaisons n'ont révélé aucune différence significative, à l'exception du type de région administrative où est placé le jeune. Ce résultat, suggérant que dans les centres urbains souvent les éducateurs jugent l'observance plus sévèrement que ne le font les jeunes eux-mêmes, constitue une donnée tout à fait nouvelle, difficile à interpréter pour l'instant, mais qui devrait faire l'objet de travaux futurs.

Ces analyses statistiques ayant été réalisées, nous sommes maintenant en mesure d'émettre des hypothèses sur la signification que revêtent les différences entre l'observance auto-évaluée et l'observance évaluée par un tiers. Ainsi, pour la plupart des dyades (64%), la meilleure évaluation provient de l'éducateur, signifiant que les adolescents sont « plus sévères » envers eux-mêmes que ne le sont leurs éducateurs en ce qui a trait à leurs comportements d'observance. Étant donné les caractéristiques de la prise en charge dans les centres de réadaptation, il est possible de concevoir que le contexte d'autorité puisse contribuer à ce phénomène. Trois hypothèses sont ici possibles. En premier lieu, il est possible que les adolescents, en raison de leur problématique (grande prévalence de troubles de l'opposition et troubles des conduites, notamment) aient tendance à révéler de moins bons comportements d'observance qu'ils ne le sont en réalité afin d'afficher une opposition aux règles et traitements imposés caractérisant leur placement. Cette première hypothèse pourrait qualifiée de « faking

bad »². Deuxièmement, du côté des éducateurs, il est possible que les éducateurs se montrent enclins à surestimer l'observance des jeunes par désirabilité sociale, étant donné que l'administration des médicaments fait souvent partie de leur tâche de travail. Le contexte d'autorité propre aux centres de réadaptation, de nouveau, pourrait créer une pression sociale et les amener à estimer que les jeunes répondent généralement bien au traitement. En plus de la pression sociale pouvant mener à une meilleure évaluation de l'observance par les éducateurs que par les adolescents, il est possible de suspecter des tromperies et des cachettes de la part de l'adolescent face à son éducateur (« faking good » devant l'éducateur), tandis que ce même adolescent aurait révélé la vérité dans l'ÉCAOPP.

Pour une minorité de dyades (13%), les comportements d'observance auto-révélés sont meilleurs que ceux observés par l'éducateur. Deux interprétations sont ici possibles. Premièrement, l'adolescent pourrait avoir caché des éléments de mésusage lors de son auto-évaluation, auquel cas, il y aurait lieu de poser une hypothèse de « faking good » lors de l'administration de l'échelle. Par ailleurs, il est aussi possible que le jeune ait de meilleurs comportements d'observance que ce qu'en croit son éducateur, auquel cas il faudrait envisager que ce dernier prête à l'adolescent des résistances ou des intentions malveillantes. Ces hypothèses ne peuvent être vérifiées dans le cadre de cette étude, étant donné l'absence de mesure objective de l'observance (par exemple, des taux plasmatiques) qui départagerait l'adolescent de l'éducateur.

² Aucun équivalent en français n'a pu être identifié pour les termes « faking good » et « faking bad » qui peuvent être définis de la façon suivante (traduction libre du site de Murphy, K.R., professeur au département de psychologie de Pennsylvania State University, site internet - <http://www.personal.psu.edu/faculty/k/r/krm10/Faking.doc> - consulté le 11 janvier 2006) :

Faking bad : donner des réponses à un test qui pourraient, selon l'opinion du participant, produire des réponses qui démontrent son incapacité ou le rendent moins désirable.

Faking good : donner des réponses à un test qui pourraient, selon l'opinion du participant, augmenter le score ou créer une évaluation plus positive.

L'ÉCOPP-Obs peut maintenant être utilisée en recherche, seule ou en combinaison avec l'ÉCAOPP, les deux échelles ayant été validées. Lorsqu'elles sont utilisées en combinaison, la variable émergeant de la différence entre les évaluations de l'adolescent et de l'éducateur offre un indice supplémentaire qui devrait être pris en compte dans l'évaluation de l'observance. En effet, cette nouvelle variable peut renseigner sur la concordance entre les évaluations auto-révélee et observée et, ainsi, orienter l'évaluation vers l'un des ces trois cas de figure : (i) la dyade obtient une cote de « 0 », adolescent et éducateur s'entendent donc parfaitement; (ii) elle obtient une cote positive traduisant que la meilleure observance est évaluée par l'éducateur; et finalement, (iii) elle obtient une cote négative indiquant que c'est l'adolescent qui évalue son observance plus positivement. Les hypothèses relatives aux dissimulations, tendance « faking good » ou « faking bad » de l'adolescent, ainsi qu'aux pressions pouvant amener l'éducateur à considérer que « tout va bien » pourraient alors être soulevées.

Le contexte particulier des centres de réadaptation ne permet pas de généraliser les résultats à d'autres populations, qui présentent des problématiques différentes et/ou ne sont pas hébergées dans des établissements en contexte d'autorité. De plus, les résultats présentés dans cet article doivent être interprétés en tenant compte des limites découlant de la petite taille de l'échantillon qui ne comporte que des adolescents âgés entre 14 et 18 ans. Ainsi, il serait intéressant d'administrer l'ÉCOPP-Obs à d'autres intervenants des centres de réadaptation (i.e. infirmières, intervenants sociaux, professionnels) afin de voir comment leurs évaluations peuvent s'articuler en regard de celles des adolescents et des éducateurs. Il serait aussi indiqué d'appliquer cette grille à d'autres populations d'enfants et d'adolescents qui prennent des médicaments

psychotropes mais qui évoluent dans d'autres environnements (i.e. milieu scolaire, milieu psychiatrique interne ou externe).

Références

- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile*.
Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Youth Self-Report Form and 1991 profile*.
Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M., McConaughy, S.H., et Howell, C.T. (1987). Child/Adolescent Behavioral and Emotional Problems: Implications of Cross-Informant Correlations for Situational Specificity. *Psychological Bulletin*, 101(2), 213-232.
- Bastiaens L. (1995) Compliance with pharmacotherapy in adolescents : effects of patients' and parents' knowledge and attitudes toward treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 5(1), 39-48.
- Bastiaens, L., Chowdhury, S., & Gitelman, L. (2000). Medication samples and drug compliance. *Psychiatric Services*, 51(6), 819.
- Baumann, M., Baumann, C. & Alla, F. (2004) Non observance des psychotropes : implication thérapeutique mutuelle du patient et du médecin généraliste. *La Presse Médicale*, 33, 445-448.
- Baumann, M., & Trincard, M. (2002). Les attitudes d'autonomie dans l'observance thérapeutique d'une cohorte de consommateurs continues de psychotropes. *L'Encéphale*, 28, 389-396.
- Bird, H.R., Gould, M.S., Staghezza, B. (1992). Aggregating data from multiple informants in child psychiatry epidemiological research. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(1), 78-85.

- Bourgeois, J.A. (2005). Compliance with Psychiatric Treatment in Primary Care: Review and Strategies. *Primary Psychiatry*, 12(6), 40-47.
- Breen, R. & Thornhill, J.T. (1998) Noncompliance with Medication for Psychiatric Disorders : Reasons and Remedies. *CNS Drugs*, 9(6), 457-471.
- Chappuy, H., Tréluyer, J.-M., Gary, A., Pons, G., & Chéron, G. (2005). Observance médicamenteuse chez l'enfant. *Archives de pédiatrie*, 12, 921-923.
- Cook, W.L., & Goldstein, M.J. (1993). Multiple Perspectives on Family Relationships: A Latent Variables Model. *Child Development*, 64, 1377-1388.
- Cramer, J.A., & Rosenheck, R. (1998). Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatric Services*, 49(2), 196-201.
- De Los Reyes, A., & Kazdin, A.E. (2005). Informant Discrepancies in the Assessment of Childhood Psychopathology: A Critical Review, Theoretical Framework, and Recommendations for Further Study. *Psychological Bulletin*, 131(4), 483-509.
- Ellis, S., Shumaker, S., Sieber, W., & Rand, C. (2000). Adherence to pharmacological interventions. Current trends and future directions. *The Pharmacological Intervention Working Group. Controlled Clinical Trials*, 21(5 Suppl), 218S-225S.
- Evans, L., & Spelman, M. (1983). The problem of non-compliance with drug therapy. *Drugs*, 25(1), 63-76.
- Fawcett, J. (1995). Compliance: definitions and key issues. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56 (Suppl 1), 4-8.
- Ferdinand, R.F., van der Ende, J., & Verhulst, F.C. (2004). Parent-adolescent disagreement regarding psychopathology in adolescents from the general

- population as a risk factor for adverse outcome. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(2), 198-206.
- Ghaziuddin, N., King, C.A., Hovey, J.D., Zaccagnini, J., & Ghaziuddin, M. (1999). Medication noncompliance in adolescents with psychiatric disorders. *Child Psychiatry and Human Development*, 30(2), 103-110.
- Gordis, L. (1976). Methodologic Issues in the Measurement of Patient Compliance. In Sackett D., Haynes R. B. (Eds.). *Compliance with Therapeutic Regimens* (pp.51-66). Baltimore : Johns Hopkins University Press.
- Grasset, F., Bonvin, E., & Pomini, V. (2000). Pharmacothérapie psychotrope, compliance au traitement et observance des prescriptions. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 120(2), 137-143.
- Greenhill, L.L., & Setterberg, S. (1993). Pharmacotherapy of disorders of adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 16(4), 793-814.
- Handwerk, M.L., Larzelere, R.E., Soper, S.H., Friman, P. C. (1999). Parent and child discrepancies in reporting severity of problem behaviors in three out-of-home settings. *Psychological Assessment*, 11(1), 14-23.
- Hughes, C.W., Rintelmann, J., Emslie, G.J., Lopez, M., & MacCabe, N. (2001). A revised anchored version of the BPRS-C for childhood psychiatric disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 11(1), 77-93.
- Kraemer, H.C., Measelle, J.R., Ablow, J.C., Essex, M.J., Boyce, W.T., & Kupfer, D.J. (2003). A New Approach to Integrating Data From Multiple Informants in Psychiatric Assessment and Research: Mixing and Matching Contexts and Perspectives. *American Journal of Psychiatry*, 160(9), 1566-1577.

- Lafortune, D., Laurier, C., & Gagnon, F. (2004). Prévalence et facteurs associés à la prescription de médicaments psychotropes chez les sujets placés en Centre Jeunesse. *Revue de psychoéducation*, 33(1), 157-176.
- Laurier, C. & Lafortune, D. (2005). Validation de l'échelle d'évaluation des comportements et des attitudes d'observance des prescriptions psychopharmacologiques (ÉCAOPP).
- Lerner, B.H. (1997). From careless consumptives to recalcitrant patients: the historical construction of non-compliance. *Social Sciences and Medicine*, 45(9), 1423-1431.
- Lowe, L.A. (1998). Using the Child Behavior Checklist in assessing conduct disorder: issues of reliability and validity. *Research on Social Work Practice*, 8, 286-301.
- McDonald, H.P., Garg, .X., & Haynes, R.B. (2002). Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: scientific review. *Journal of the American Medical Association*, 288(22), 2868-2879.
- Murphy, K.R., (2006). Site internet du professeur. <http://www.personal.psu.edu/faculty/k/r/krm10/Faking.doc> - consulté le 11 janvier 2006.
- Nichol, M.B., Venturini, F., & Sung, J.C. (1999). A critical evaluation of the methodology of the literature on medication compliance. *Annals of Pharmacotherapy*, 33(5), 531-540.
- Offord, D.R., Boyle, M.H., Racine, Y., Szatmari, P., Fleming, J.E., Sanford, M., & Lipman, E.L. (1996). Integrating assessment data from multiple informants. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1078-1085.

- Piacentini, J.C., Cohen, P., Cohen, J. (1992). Combining discrepant diagnostic information from multiple sources: are complex algorithms better than simple ones?. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20(1), 51-63.
- Sleator, E.K. (1985). Measurement of compliance. *Psychopharmacology Bulletin*, 21(4), 1089-1093.
- Stanger, C., & Lewis, M. (1993). Agreement Among Parents, Teachers, and Children on Internalizing and Externalising Behavior Problems. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22(1), 107-115.
- Van der Ende, J., & Verhulst, F.C. (2005). Informant, gender and age differences in ratings of adolescent problem behavior. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14, 117-126.
- Vik, S. A., Maxwell, C. J., & Hogan, D. B. (2004). Measurement, correlates, and health outcomes of medication adherence among seniors. *The Annals of Pharmacotherapy*, 38(2), 303-312.
- Vitolins, M.Z., Rand, C.S., Rapp, S.R., Ribisl, P.M., & Sevrick, M.A. (2000). Measuring adherence to behavioral and medical interventions. *Controlled Clinical Trials*, 21(5 Suppl), 188S-194S.
- Willey, C., Redding, C., Stafford, J., Garfield, F., Geletko, S., Flanigan, T., Melbourne, K., Mitty, J., & Caro, J. J. (2000). Stages of change for adherence with medication regimens for chronic disease: development and validation of a measure. *Clinical Therapeutics*, 22(7), 858-871.

- Williams, R. A., Hollis, H. M., & Benoit, K. (1998). Attitudes toward psychiatric medications among incarcerated female adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(12), 1301-1307.
- Wyss, C.A., Voelker, S.L., Cornock, B.L., and Hakim-Larson, J. (2003). Psychometric properties of a French-Canadian Translation of Achenbach's Youth Self-Report. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 35(1), 67-71.
- Youngstrom, E., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2000). Patterns and Correlates of Agreement Between Parent, Teacher, and Male Adolescent Ratings of Externalizing and Internalizing Problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 1038-1050.

Annexe 1

Échelle d'observation de l'observance de la psychopharmacoprescription (ÉCOPP-Obs)

1- L'adolescent prend-t-il ses médicaments? (0,3)

| | |
|----------------|--|
| ⁵ ○ | Le jeune prends toujours son (ses) médicament(s) (avec ou sans encouragements et/ou conséquences négatives). |
| ⁴ ○ | Le jeune prend très souvent son (ses) médicament(s) (3 fois sur 4). |
| ³ ○ | Le jeune prend souvent son (ses) médicament(s) (1 fois sur 2). |
| ² ○ | Le jeune prend parfois son (ses) médicament(s) (1 fois sur 4). |
| ¹ ○ | Le jeune prend rarement son (ses) médicament(s) (moins d'une fois sur 4). |
| ⁰ ○ | Le jeune ne prends jamais le(s) médicament(s) qui lui est (sont) prescrit(s). |

2- L'adolescent recrache-t-il son (ses) médicament(s) ? (0,587)

| | |
|----------------|-----------------------------------|
| ⁵ ○ | Toujours |
| ⁴ ○ | Très souvent (3 fois sur 4) |
| ³ ○ | Souvent (1 fois sur 2) |
| ² ○ | Parfois (1 fois sur 4) |
| ¹ ○ | Rarement (moins d'une fois sur 4) |
| ⁰ ○ | Jamais |

3- L'adolescent cache-t-il ou dissimule-t-il son (ses) médicament(s) ? (0,912)

| | |
|----------------|-----------------------------------|
| ⁵ ○ | Toujours |
| ⁴ ○ | Très souvent (3 fois sur 4) |
| ³ ○ | Souvent (1 fois sur 2) |
| ² ○ | Parfois (1 fois sur 4) |
| ¹ ○ | Rarement (moins d'une fois sur 4) |
| ⁰ ○ | Jamais |

4- L'adolescent cumule-t-il son (ses) médicament(s) ? (0,905)

| | |
|----------------|-----------------------------------|
| ⁵ ○ | Toujours |
| ⁴ ○ | Très souvent (3 fois sur 4) |
| ³ ○ | Souvent (1 fois sur 2) |
| ² ○ | Parfois (1 fois sur 4) |
| ¹ ○ | Rarement (moins d'une fois sur 4) |
| ⁰ ○ | Jamais |

5- L'adolescent donne-t-il à d'autres son (ses) médicament(s) ? (0,883)

| | |
|----------------|-----------------------------------|
| ⁵ ○ | Toujours |
| ⁴ ○ | Très souvent (3 fois sur 4) |
| ³ ○ | Souvent (1 fois sur 2) |
| ² ○ | Parfois (1 fois sur 4) |
| ¹ ○ | Rarement (moins d'une fois sur 4) |
| ⁰ ○ | Jamais |

6- L'adolescent vend-t-il son (ses) médicament(s) ? (0,730)

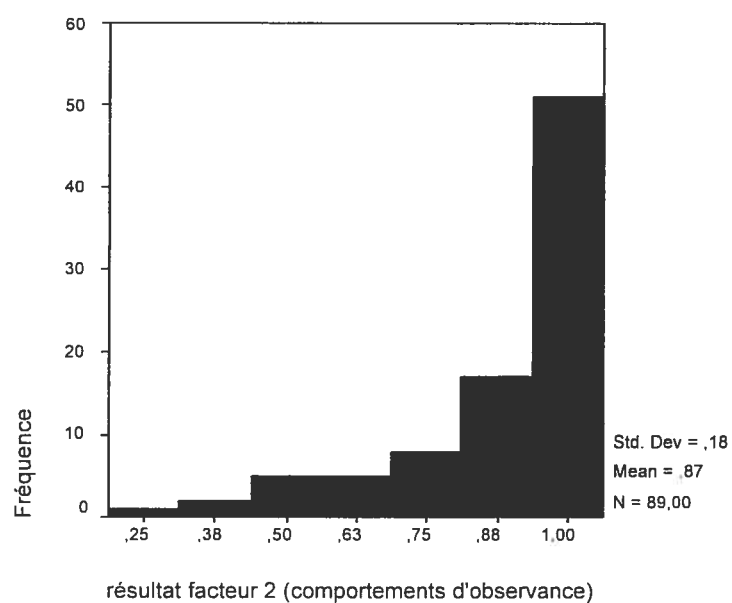
| | |
|----------------|-----------------------------------|
| ⁵ ○ | Toujours |
| ⁴ ○ | Très souvent (3 fois sur 4) |
| ³ ○ | Souvent (1 fois sur 2) |
| ² ○ | Parfois (1 fois sur 4) |
| ¹ ○ | Rarement (moins d'une fois sur 4) |
| ⁰ ○ | Jamais |

Note : les chiffres entre parenthèses après chacun des items correspondent aux coefficients de corrélation avec l'unique facteur identifié par l'analyse factorielle.

Annexe 2

Figure 2

Distribution des scores pour le facteur 2 (ECAOPP) : comportement d'observance de la prescription psychopharmacologique



Article 4

Corrélat et prédicteurs de l'observance de la psychopharmacoprescription pour une
population d'adolescents hébergés en centres de réadaptation

Catherine Laurier

Denis Lafortune

Johanne Collin

Déclaration des coauteurs

Étudiante : Catherine Laurier

Unité académique : Département de psychologie, Faculté des arts et des sciences

Grade postulé : Ph.D. Psychologie – recherche

Le quatrième article est intitulé « Corrélats et prédicteurs de l'observance de la psychopharmacoprescription pour une population d'adolescents hébergés en centres de réadaptation ».

Cet article sera traduit en anglais et soumis à Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology.

Laurier, C., Lafortune, D., & Collin, J. Corrélats et prédicteurs de l'observance de la psychopharmacoprescription pour une population d'adolescents hébergés en centres de réadaptation.

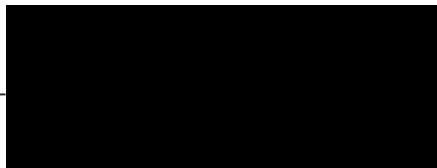
À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que Catherine Laurier inclut cet article dans sa thèse de doctorat qui a pour titre *Étude de l'observance de la médication psychotrope chez les adolescents hébergés en centres de réadaptation*.

Denis Lafortune, Ph.D.
Coauteur



26 sept 2006
Date

Johanne Collin, Ph.D.
Coauteur



26 sept 2006
Date


Corrélat et prédicteurs de l'observance de la psychopharmacoprescription pour une
population d'adolescents hébergés en centres de réadaptation

Catherine Laurier, M.Ps.¹, Denis Lafortune, Ph.D.² *, et Johanne Collin, Ph.D.³

1 : Candidate au doctorat, Département de psychologie, Université de Montréal.

2 : Professeur, École de Criminologie, Université de Montréal.

3 : Professeur, Département de pharmacie, Université de Montréal.

* Adresse de correspondance : 
Université de Montréal
École de Criminologie
C.P. 6128 Succ. Centre-Ville
Montréal, Québec, Canada
H3C 3J7

Résumé

L'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs associés aux comportements et attitudes d'observance de la prescription psychopharmacologique des adolescents en centres de réadaptation. Cent cinquante et un adolescents provenant des centres de réadaptation de six régions administratives du Québec ayant actuellement au moins une prescription de médicaments psychotropes ont participé à cette étude. Les adolescents ainsi que leurs éducateurs responsables ont répondu à des questionnaires objectifs évaluant les caractéristiques personnelles des adolescents, les problèmes qu'ils présentent, les médicaments qui leur sont prescrits ainsi que leurs attitudes et comportements d'observance. Les garçons et les filles diffèrent significativement quant aux familles de médicaments prescrites, à l'auto-évaluation des problèmes qu'ils présentent et à leur acceptation des médicaments psychotropes. Chez les adolescentes, l'anxiété perçue par l'éducateur est l'unique variable prédictive de l'acceptation et des comportements d'observance. Chez les garçons, le type de réponse de *coping*, la prescription de stabilisateur de l'humeur, l'engagement dans la relation thérapeutique instaurée avec le prescripteur et les problèmes de comportement perçus par les éducateurs, sont des facteurs associés à l'acceptation de la psychopharmacoprescription. La motivation au traitement et les conduites agressives, constituent les variables associées aux comportements d'observance. L'acceptation de la médication psychotrope et son observance proprement dite sont deux dimensions bien distinctes.

Mots-clés : adolescents, centres de réadaptation, observance, médicaments psychotropes, régression linéaire.

Corrélat et prédicteurs de l'observance de la psychopharmacoprescription pour une population d'adolescents hébergés en centres de réadaptation

La prévalence de la prescription de médicaments psychotropes auprès des mineurs en institution est un phénomène dont l'ampleur est fort importante. En comparaison avec une population générale d'enfants et d'adolescents nord-américains, où la prévalence de la psycharmacoprescription est estimée entre 2,5% et 6% (Beck et al. 2005; Safer, Zito & Fine, 1996; Ivis & Adlaf, 1999; Martin, Van Hoof, Stubbe, Sherwin & Scajill, 2003; Zito et al., 2003), la probabilité qu'un mineur en institution soit sous médication psychotrope est beaucoup plus considérable. En effet, aux Etats-Unis, Zima, Bussing, Crecelius, Kaufman et Belin ont établi que 13% de leur échantillon, composé de 302 enfants âgés de 6 à 12 ans hébergés en institution (« foster care »), était sous médication psychotrope au moment de l'étude en 1999. Ce résultat s'apparente au 13,5% des enfants et adolescents sous prescription constaté par Raghavan et al., (2005) à partir d'un échantillon de 3114 mineurs pris en charge par la protection de la jeunesse (« *child welfare system* »), résidant en milieu naturel ou en institution. En 2001, DosReis, Zito, Safer et Soeken, observaient à partir d'un échantillon de 310 enfants hébergés en institution (« *foster care* »), que 30% d'entre eux recevaient une prescription psychopharmacologique. L'étude de Breland-Noble et al. (2004) a révélé quant à elle une prévalence beaucoup plus élevée de psychopharmacoprescription au sein d'un échantillon composé de 304 adolescents hébergés en foyers de groupe (« *group homes* ») et en centres d'accueil (« *foster care* »), alors qu'elle atteignait respectivement 67% et 77% des adolescents dans ces milieux.

Au Québec, en 2001, pour la région de Montréal et de ses banlieues, la prescription de médicaments psychotropes touchait 36,6% des enfants et des adolescents hébergés dans les centres de réadaptation des Centres Jeunesse (Lafortune, Laurier & Gagnon, 2004). De ce nombre, 42% des adolescents prenaient plus d'un médicament psychotrope. Pour cette population hébergée en centres de réadaptation, les principaux motifs de psychopharmacoprescription étaient : le contrôle des comportements perturbateurs, l'hyperactivité, les troubles de l'attention, l'impulsivité et l'agressivité (Lafortune et al., 2004). Devant l'ampleur du phénomène, un questionnement s'impose quant à l'adhésion (ou «observance») des jeunes à la médication psychotrope qui leur est prescrite.

L'observance d'un traitement médical est un des principaux facteurs contribuant à l'amélioration de la santé (Bourgeois, 2005; Gordis, 1976). À l'inverse, le manque d'adhésion au traitement constitue une cause majeure d'échecs thérapeutiques, de réhospitalisations et de rechutes (Cramer & Rosenheck, 1998), en plus d'engendrer des erreurs lors de l'évaluation de l'efficacité des traitements, où il peut devenir un «facteur confondant» (Baillargeon, Contreras, Grady, Black, & Murray, 2000; Leo, Jassal & Bakhai, 2005; Meichenbaum & Turk, 1987; Pampallona, Bollini, Tibaldi, Kupelnick & Minizza, 2002; Vermeire, Hearnshaw, Van Royen & Denekens, 2001). La plupart des études qui se sont intéressées aux taux d'observance du traitement rapportent qu'environ 30% des patients ne suivent pas leurs prescriptions tel que les médecins le recommandent (Bastiaens, Chowdhury & Gitelman, 2000; Becker & Mainman, 1975; Conrad, 1985; DiMatteo, 1994; Horne & Weinman, 1999; Leo et al., 2005; Meichenbaum & Turk, 1987; Mercier, 1989; Pampallona, et al., 2002; Thiruchelvam, Charach & Schachar, 2001; Vermeire et al., 2001), ce taux pouvant atteindre 60% chez

certaines populations cliniques à faible revenu (Becker & Mainman, 1975). Très peu d'études ont été réalisées sur l'observance de la médication psychotrope par les enfants et les adolescents (Hack & Chow, 2001) et celles qui portent sur les jeunes en centres de réadaptation sont encore plus rares (Williams, Hollis & Benoit, 1998). Toutefois, certains ont observé que les enfants et les adolescents présentent une observance plus pauvre que les adultes (Ghaziuddin, King, Hovey, Zaccagnini & Ghaziuddin, 1999) et que les adolescents sont davantage inobservants que les enfants (DosReis et al., 2003).

Lors d'une recension des écrits (Laurier & Lafortune, sous presse) divers facteurs pouvant être associés à l'observance ont été discutés. Cette recension a permis de conclure que certains traits de personnalité et attitudes tels que l'hostilité, l'agressivité et l'indépendance, sont liés à l'inobservance (Mercier, 1989). De manière générale, les symptômes propres à la maladie (Bourgeois, 2005; Ellis, Shumaker, Sieber & Rand, 2000; Grasset, Bonvin & Pomini, 2000; Horne & Weinman, 1999; Leo et al., 2005; Meichenbaum & Turk, 1987; Mercier, 1989) ont aussi une influence considérable sur l'adhésion au traitement pharmacologique proposé. Par exemple, chez les enfants avec un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, pour lesquels de nombreux symptômes sont identifiés avant le traitement tant par l'enfant lui-même que par son entourage, la réponse au traitement est généralement positive, ce qui entraîne ainsi une meilleure observance (Thiruchelvam et al., 2001). Par ailleurs, une histoire personnelle marquée par des antécédents d'inobservance augmente la probabilité qu'un tel comportement soit de nouveau adopté (Baillargeon et al., 2000; Haynes, 1979). Au plan du développement, les adolescents constituent un groupe particulièrement disposé à entretenir des attitudes négatives face à la psychopharmacoprescription, principalement en raison du sentiment d'invulnérabilité, de leur propension à éprouver de l'hostilité

envers les figures d'autorité et de la recherche d'autonomie, traits qui caractérisent cette période de la vie (Bastiaens, 1995; Greenhill & Setterberg, 1993; Williams et al., 1998).

Des facteurs liés aux personnes significatives dans l'entourage du patient, notamment leur attitude face aux médicaments psychotropes (Bush & Iannotti, 1990; Chappuy, Tréluyer, Gary, Pons & Chéron, 2005), peuvent contribuer, positivement ou négativement, à l'observance de la prescription médicale. Ainsi, la supervision assurée par les parents entraîne une meilleure observance chez les enfants plus jeunes comparativement aux adolescents (Thiruchelvam et al., 2001). Or, une étude de Keable et Laframboise (2005) s'est intéressée à la prise en charge de 328 adolescents du Centre Jeunesse de Montréal. Les auteurs y constatent avec inquiétude qu'une grande proportion de parents ne manifeste aucun intérêt à l'égard du suivi psychoéducatif de leur enfant. Quarante-six pour cent des résidents les plus jeunes (âgés de 12 à 14 ans) et 57 % des autres (15-17 ans) n'étaient jamais accompagnés de leurs proches aux rendez-vous médicaux. En centres de réadaptation, l'implication des parents dans le suivi pharmacologique est tout à fait incertaine particulièrement si le placement de l'enfant s'est produit à un âge précoce.

Le traitement choisi, ses modalités et son contexte d'application auront également une influence importante sur l'observance (Vermeire et al., 2001). Rappelons qu'un régime thérapeutique complexe sera généralement plus difficile à respecter et qu'un trouble asymptomatique tendra à entraîner une plus pauvre observance (Bourgeois, 2005; DosReis et al., 2003; Ellis et al., 2000; Ghaziuddin et al., 1999; Hack & Chow, 2001; Haynes, 1979; Leo et al., 2005; Meichenbaum & Turk, 1987; Mercier, 1989). Au niveau de la motivation envers le traitement proposé, il semble que la volonté

et la capacité du patient à suivre les recommandations de son médecin (Baumann & Trincard, 2002; Grasset et al., 2000; Lerner, 1997; DiMatteo, 1994) peuvent influencer positivement l'observance. De surcroît, la qualité de relation thérapeutique avec le prescripteur contribue à l'observance (DiMatteo, 1994; Grasset et al., 2000; Haynes, 1979; Leo et al., 2005; Meichenbaum & Turk, 1997; Trostle, 1998 ; Vermeire et al. 2001), positivement ou négativement selon les cas.

Aucune équipe de recherche (que ce soit au Québec ou ailleurs) n'a encore mesuré l'observance des prescriptions de médicaments psychotropes dans les milieux de réadaptation pour les jeunes. Il est possible que certains cliniciens présument que le contexte institutionnel, avec ce qu'il comporte de surveillance et de contrôle, est garant d'une excellente observance. Or, des études pilotes que nous avons menées montrent que tel n'est pas le cas (Laurier, Collin & Lafortune, en préparation). En centres de réadaptation, le médecin prescripteur est généralement un consultant occasionnel et extérieur (i.e. dans 80% des cas) (Lafortune & Laurier, 2005). Lorsque le médecin occupe cette position plus distante pouvant lui conférer un rôle limité, il importe de vérifier si la relation thérapeutique peut néanmoins favoriser l'observance. Ensuite, il semble important d'évaluer l'impact que peut avoir le traitement proposé (type de médication psychotrope) ainsi que les attitudes des adolescents en regard de ce traitement et à leur hébergement en centres de réadaptation. Compte tenu de l'encadrement qui caractérise la prise en charge en centres de réadaptation, la distinction entre les croyances des jeunes et leurs comportements face à la psychopharmacoprescription revêt toute son importance. Les adolescents hébergés peuvent être, à différents degrés, contraints de se conformer à la prescription plutôt qu'y adhérer à la suite d'une réflexion personnelle et d'un acte de jugement. Il paraît donc

essentiel de questionner autant leurs attitudes que leurs comportements manifestes envers les médicaments qui leur sont prescrits.

L'Organisation Mondiale de la Santé (World Health Organization Takles Problem of Poor Treatment Adherence, 2003) a indiqué que l'observance est un phénomène multidimensionnel impliquant certes des facteurs liés au patient, mais aussi des facteurs économiques, cliniques (liés à la maladie et au traitement) et contextuels (concernant entre autres l'équipe de soins et le système de santé). Ainsi, au plan des interventions, pour la favoriser, il faudrait cibler plus d'un facteur et non pas se limiter exclusivement à ceux liés au patient. Par ailleurs, au plan de la recherche sur les déterminants de l'observance, plutôt qu'évaluer un seul de ces facteurs (individuels, cliniques ou contextuels), il devient essentiel de les considérer conjointement.

Objectif

L'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs qui sont associés aux comportements et attitudes d'observance de la prescription psychopharmacologique des adolescents hébergés en centres de réadaptation. De façon plus spécifique, il s'agit d'abord i) de décrire les médicaments prescrits aux jeunes hébergés dans ces institutions, les symptômes et comportements que ces adolescents auto-rapportent et les symptômes psychiatriques qui leur sont attribués par les éducateurs. Il s'agit ensuite ii) d'identifier quelles sont les caractéristiques individuelles (stratégies de *coping*, comportements agressifs), symptomatiques (symptômes, comportements problématiques), relatives au traitement (type de médicament psychotrope, motivation/préparation au changement) et à la relation thérapeutique (alliance thérapeutique avec le prescripteur), qui sont associées aux comportements et attitudes d'observance de la prescription.

Méthodologie

Participants

Les adolescents participants ont été recrutés dans les centres de réadaptation des Centres Jeunesse de la Montérégie, de Montréal, de Lanaudière, de Chaudière-Appalaches et du Saguenay. Les critères d'inclusion étaient: (i) d'avoir entre 12 et 18 ans, (ii) d'être hébergé en centres de réadaptation et (iii) d'avoir actuellement au moins une prescription de médicaments psychotropes. À l'inverse, la présence d'un retard mental (évalué par les éducateurs de l'adolescent) a constitué un critère d'exclusion, tous les participants devant être en mesure de répondre aux questionnaires. Nous avons aussi exclus les adolescents pour lesquels la prescription de médicaments psychotropes a été faite uniquement dans le dessein de traiter une psychose, la schizophrénie ou l'épilepsie. Ce critère a été ajouté de manière à obtenir un échantillon présentant des caractéristiques symptomatiques généralement partagées par les autres adolescents en centres de réadaptation (i.e. troubles extériorisés et intériorisés, sans symptôme psychotique).

Afin de recruter les participants à cette étude, quatre types d'unités de vie ont été ciblés dans un premier temps selon le niveau d'encadrement (milieux réguliers et encadrement intensif) et le sexe des adolescents qui y résident (garçons et filles). Dans un second temps, nous avons proposé aux adolescents hébergés dans les unités sélectionnées de participer à cette étude. La participation était volontaire. Compte tenu du fait qu'il s'agissait d'une population de mineurs, vulnérables et privés de leur liberté, un soin particulier a été apporté à la clarté des formulaires de consentement (i.e. participation libre, aucune répercussion sur les interventions auxquelles les jeunes ont droit).

Instruments

L'échelle d'évaluation des attitudes et des comportements d'observance (ÉCAOPP) (Laurier & Lafortune, en révision) est une mesure auto-révélee, spécifiquement conçue pour les adolescents hébergés en centres de réadaptation. Les analyses factorielles réalisées lors de sa validation ont permis de retenir une version finale comprenant 12 items évaluant (i) l'acceptation des médicaments psychotropes prescrits (sept items) et (ii) les comportements d'observance à l'égard des médicaments psychotropes prescrits (cinq items). Les analyses concernant la fidélité de l'échelle ont révélé un coefficient alpha de *Cronbach* de 0,84 pour l'échelle totale et respectivement de 0,81 et de 0,82 pour les deux sous-échelles. L'ÉCAOPP a été utilisée dans le cadre de cette étude pour mesurer les attitudes et les comportements d'observance de la prescription psychopharmacologique. Elle est présentée en annexe. Les autres instruments de cette étude visent à évaluer des caractéristiques personnelles des adolescents, ainsi que des caractéristiques du traitement, pouvant aussi influencer l'observance.

Inventaire des stratégies d'adaptation en situations de stress (*Coping Inventory for Stressful Situations - CISS*). Il s'agit d'une échelle de 56 items mesurant les stratégies d'adaptation (*coping*) adoptées devant des situations stressantes, difficiles, anxiogènes ou bouleversantes. Les adolescents doivent répondre, selon le type de stratégie de *coping* qui les caractérise le mieux, sur une échelle de type Likert en cinq points allant de « pas du tout » (0) à « beaucoup, très souvent » (4). Cette échelle a démontré d'excellentes propriétés psychométriques: stabilité de sa structure factorielle, bons coefficients de cohérence interne (alphas de *Cronbach* entre 0,82 et 0,91) et bonne

fidélité test-retest ($r = 0,55$ à $0,73$ pour un intervalle de six semaines) (Endler & Parker, 1990; Endler, 1997). La version utilisée dans le cadre de cette étude est composée de cinq sous-échelles. Les trois premières proviennent de la version originale (Endler & Parker, 1990), validée en français par Rolland (1988) : (1) *coping* orienté vers la tâche (16 items, ex. : « analyser mon problème avant de réagir »); (2) *coping* orienté vers l'émotion (16 items, ex. : « me reprocher de m'être mis dans cette situation »); (3) *coping* orienté vers l'évitement (16 items, ex. : « essayer d'aller dormir »). Les deux dernières sous-échelles ont été ajoutées par Lagueux, Wright & Tourigny (1999) : (4) *coping* orienté vers l'agressivité (4 items, ex. : « frapper quelque chose ou détruire des objets »); et (5) *coping* orienté vers la sexualité (4 items, ex. : « avoir des fantasmes ou des idées de faire des activités sexuelles avec quelqu'un »). Un score élevé indique que la stratégie de *coping* évaluée par la sous-échelle est caractéristique des moyens généralement utilisés par l'adolescent pour réagir aux situations stressantes.

Échelle d'agressivité directe et indirecte (*Direct and Indirect Agression Scales - DIAS*). Il s'agit d'une échelle de 22 items divisée en 3 sous-échelles : (1) agression directe physique (7 items, ex. : « je me bagarre avec les autres »); (2) agression directe verbale (6 items, ex. : « je ris des autres et les ridiculise »); (3) agression indirecte ou relationnelle (9 items, ex. : « je raconte les secrets des autres ») (Björkqvist, Lagerspetz & Österman, 1992). Le participant doit répondre sur une échelle de type Likert en cinq points allant de « jamais » (1) à « très souvent » (5). La cohérence interne des trois sous-échelles de la version originale (Österman et al., 1999) varie entre 0,89 et 0,96. La traduction et la validation en français, auprès d'adolescents québécois de 12 à 17 ans, a été réalisée par Morasse (1999) qui a obtenu des coefficients alphas de *Cronbach* de

0,84 pour l'agression physique directe, 0,86 pour l'agression verbale directe et 0,90 pour l'agression indirecte ou relationnelle.

Échelle comportementale d'Achenbach auto-rapportée par l'adolescent (*Achenbach Youth Self-Report - YSR*). L'échelle d'Achenbach (1991) est utilisée afin d'évaluer les principaux comportements des adolescents. La version francophone validée par Wyss, Voelker, Cornock et Hakim-Larson (2003) ici administrée aux adolescents, comporte 113 items, regroupés en 8 sous-échelles : (1) anxiété et dépression; (2) retrait et dépression; (3) plaintes somatiques; (4) problèmes sociaux; (5) problèmes de la pensée; (6) problèmes d'attention; (7) comportements déviants; (8) comportements agressifs. À partir de ces huit sous-échelles, deux sous-totaux (i.e. : problèmes intériorisés et problèmes extériorisés) et un score total sont obtenus. Les participants doivent répondre à des énoncés les décrivant sur une échelle de type Likert en trois points : « ne s'applique pas » (0), « quelques fois vrai » (1), « très souvent ou toujours vrai » (2). Dans l'étude de Wyss et al. (2003) la version française a obtenu des coefficients alphas de *Cronbach* de 0,85 pour la sous échelle des problèmes intériorisés, de 0,83 pour celle des problèmes extériorisés et de 0,92 pour le score total.

Échelle d'évaluation psychiatrique pour enfants – version abrégée (*Brief Psychiatric Rating Scale for Children - BPRS-C*). Le *Brief Psychiatric Rating Scale for Children* (BPRS-C) a été préféré à la version adulte de l'inventaire d'Achenbach parce qu'il est plus souvent utilisé dans la recherche portant sur les médicaments psychotropes (Lachar et al., 2001) et largement employé dans l'évaluation plus spécifique de symptômes psychiatriques (Burlingame et al. 2005). Il s'agit d'une échelle d'évaluation clinique des symptômes psychiatriques en 21 items divisés en 7 sous-échelles de 3

items: (1) problèmes comportementaux; (2) dépression; (3) troubles de la pensée; (4) excitation psychomotrice; (5) retrait-retard; (6) anxiété; (7) organisation psychique, elle-même divisée en (a) intériorisation, (b) problèmes développementaux, et (c) extériorisation (Overall & Pfefferbaum, 1982). La version utilisée ici (i.e. «*anchored version*»; Hugues, Rintelmann, Emslie, Lopez, & MacCabe, 2001) ne nécessite ni expérience ni connaissance particulière de la part du répondant puisque, pour tous les symptômes à évaluer, chacune des cotes est expliquée. Les intervenants doivent coter, pour les individus dont ils ont la responsabilité, différents symptômes sur une échelle de type Likert en sept points de « absent » (0) à « extrêmement sévère » (6). L'étude de la validité et de la fidélité de la version anglaise annotée de cet instrument a révélé de bonnes propriétés psychométriques (Lachar et al., 2001) soit : un coefficient alpha de *Cronbach* de 0,79 pour le score total et se situant entre 0,57 et 0,87 pour chacune des sept sous-échelles, en plus de bons coefficients d'accord inter-juges. La version française utilisée ici a été obtenue selon la méthode de double traduction proposée par Vallerand (1989) et sa validation est en cours par Lafortune. Des analyses préliminaires réalisées par l'auteure de cette thèse, à partir de l'échantillon dont il est ici question, révèlent des coefficients alphas de *Cronbach* de 0,86 pour l'échelle totale et entre 0,51 et 0,84 pour chacune des sept sous-échelles, ce qui est jugé acceptable. Une analyse factorielle préliminaire réalisée sur la version française révèle un nombre de facteurs comparable à la version originale anglaise. L'administration de cette échelle auprès des éducateurs dans cette recherche permettra d'identifier les symptômes ou les troubles psychiatriques les plus susceptibles d'affecter l'observance de la prescription psychopharmacologique.

Fiche des renseignements institutionnels et médicaux. Une fiche a été constituée afin de colliger dans le dossier institutionnel de l'adolescent des renseignements de

nature socio-démographique (date de naissance, sexe) et relatifs à l'unité d'hébergement (lieu, type d'encadrement). Une fiche d'identification des médicaments prescrits (nom et dose) a été complétée par l'éducateur-tuteur de l'adolescent.

Questionnaire sur les stades de motivation et de changement lors d'un traitement (University of Rhode Island Change Assessment Scale - URICA). Il s'agit d'un questionnaire de 32 items dans lequel le participant doit donner son degré d'accord aux énoncés proposés sur une échelle de type Likert en cinq points, de « fortement en désaccord » (1) à « fortement en accord » (5). Ce questionnaire est issu du modèle théorique sur les stades de motivation et de changement dans le traitement de la toxicomanie (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992) qui a par la suite été appliqué à d'autres domaines (ex. : activité physique ou psychothérapie). Il mesure la motivation au changement selon 4 stades, chacun étant associé à une des sous-échelles de 8 items : (1) précontemplation (ex. : « d'après moi je n'ai aucun problème qui nécessite un changement »); (2) contemplation (ex. : « ça vaudrait la peine de travailler sur mon problème »); (3) action (ex. : « je travaille sur mes problèmes »); (4) maintien (ex. : « ça m'inquiète de savoir que le problème que j'avais réglé pourrait revenir alors je viens ici pour chercher de l'aide ») (McConaughy, Prochaska & Velicer, 1983). Les scores varient de 8 à 40 pour chacune des sous-échelles, ce qui permet de dégager le stade prédominant (associé à la sous-échelle obtenant le score le plus élevé). La validation initiale de ce questionnaire (McConaughy et al., 1983) a permis d'en dégager de bonnes propriétés psychométriques : la structure factorielle, utilisée pour évaluer la validité de construit, identifie des coefficients de corrélation de 0,54 à 0,79 pour les quatre sous-échelles expliquant 58% de la variance totale du questionnaire; les coefficients alphas de *Cronbach* pour chacune des sous-échelles, se situent tous entre

0,88 et 0,89. Cette échelle a été traduite en français par Major (1994). Les excellentes propriétés psychométriques obtenues par ce questionnaire ont été maintes fois reproduites auprès de diverses clientèles (i.e. Dozois, Westra, Collins, Fung & Garry, 2004; Greenstein, Franklin & McGuffin, 1999; McConaughy, DiClemente, Prochaska & Velicer, 1989).

Échelle d'alliance thérapeutique de Californie (*California Psychotherapy Alliance Scales* - CALPAS). Cette échelle est constituée de 24 items regroupés en quatre sous-échelles de six items chacune: (1) capacités de travail du patient (« *Patient Working Capacity* ») (ex. : « jusqu'à quel point vous êtes vous senti libre de parler de sujets personnels dont vous avez honte en situation ordinaire ou que vous avez peur de révéler ? »); (2) engagement du patient (« *Patient Commitment* ») (ex. : « avez-vous l'impression que malgré des moments de doute, de confusion ou de méfiance, l'ensemble de ce suivi médical était valable ? »); (3) consensus sur les stratégies de travail (« *Working Strategy Consensus* ») (ex. : « avez-vous l'impression de travailler en collaboration avec votre médecin, unis dans un même effort pour surmonter vos problèmes ? »); (4) compréhension et implication du thérapeute (« *Therapist Understanding and Involvement* ») (ex. : « vous sentez-vous accepté et respecté pour ce que vous êtes par votre médecin ? ») (Gaston, 1991). Le participant doit répondre sur une échelle de type Likert en sept points allant de « pas du tout » (1) à « beaucoup » (7). Une cote élevée pour chacune des sous-échelles correspond à un plus haut niveau d'alliance thérapeutique. Pour la version anglaise, Gaston (1991) a révélé des coefficients de consistance interne variant entre 0,43 et 0,73 pour les quatre sous-échelles et de 0,83 pour l'échelle totale. La version française ici retenue a été déjà été utilisée par Bergeron, Landry, Brochu et Cournoyer (1997) et par Boutin et al. (2005).

Analyses statistiques

Un premier niveau d'analyse, descriptif, permettra de déterminer si les variables se distribuent normalement. De plus, des analyses de comparaison de moyennes (test t) selon le sexe des participants, les médicaments prescrits et les résultats obtenus à l'ÉCAOPP, au YSR et BPRS-C permettront de déterminer si les analyses subséquentes doivent se faire de façon indépendante pour les garçons et les filles de l'échantillon. Puis, nous procéderons à des analyses bivariées et univariées (corrélations et test t) dans le but d'identifier les facteurs associés significativement à des variations de l'observance, mesurée par l'ÉCAOPP. Finalement, nous procéderons à une régression linéaire multiple afin de dégager les facteurs contribuant le mieux à la prédiction de l'observance, parmi ceux identifiés précédemment par les analyses bivariées et univariées.

Résultats

Échantillon

Cent cinquante et un adolescents ont été rencontrés dans le cadre de cette étude entre janvier 2004 et novembre 2005. Cent huit (72%) sont des garçons et 43 (28%) des filles, ce qui respecte approximativement la répartition selon le sexe retrouvée dans les centres de réadaptation (au 26 septembre 2006, pour la région de Montréal, 68% des adolescents hébergés en centres de réadaptation étaient des garçons et 32% étaient des filles, donnée non-publiée). Les participants sont âgés en moyenne de 14 ans 10 mois (É.T. = 4,44 mois). Les adolescents et les adolescentes sont d'âge comparable ($t = -.226$, $df = 146$, $p = ,822$). Soixante-dix neuf (52,3%) des participants sont hébergés en unité de

vie de type globalisant (unité « ouverte ») et 72 (47,7%) le sont en unité de type encadrement intensif (unité « fermée »).

Médicaments prescrits

Au sein de l'échantillon de 151 participants, un total de 272 médicaments est recensé, soit une moyenne de 1,8 médicament psychotrope prescrit par adolescent(e). Ainsi, 81 (53,6%) des adolescent(e)s cumulent plus d'une prescription. Le tableau 1 suivant résume les prescriptions pour l'ensemble de l'échantillon selon les catégories de médicaments psychotropes et selon le sexe. Les deux médicaments les plus fréquemment prescrits sont le méthylphénidate ou Ritalin® (66 prescriptions) et la risperidone ou Risperdal ® (44 prescriptions).

Tableau 1
Médicaments prescrits par catégories

| Catégorie de médicaments | N total d'adolescents ayant une prescription † (%) | N garçons (%) | N filles (%) | dl | Khi2 |
|----------------------------|--|------------------|-----------------|----|-----------|
| Psychostimulants | 85 (56,3) | 70 (64,8) | 15 (34,1) | 1 | 11,198 ** |
| Antipsychotiques | 83 (54,6) | 64 (59,3) | 19 (43,2) | 1 | 2,823 |
| Antidépresseurs | 42 (27,6) | 19 (17,6) | 23 (52,3) | 1 | 19,737 ** |
| Clonidine® | 17 (11,2) | 13 (12) | 4 (9,1) | 1 | 0,230 |
| Stabilisateurs de l'humeur | 14 (9,2) | 9 (8,3) | 5 (11,4) | 1 | 0,397 |
| Sédatifs-hypnotiques | 8 (5,3) | 4 (3,7) | 4 (9,1) | 1 | 1,921 |

† Note : le nombre total d'adolescent(e)s ce retrouvant dans ce tableau diffère du nombre total (n=151) d'adolescent(e)s au sein de l'échantillon et du nombre total de prescriptions (n=272) puisque certains adolescent(e)s cumulent plus d'une prescription par catégorie, ne représentant qu'une unité dans ce tableau.

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Les garçons et les filles de l'échantillon diffèrent significativement en ce qui a trait aux catégories de médicaments qui leur sont prescrits. Alors que les garçons reçoivent significativement plus de psychostimulants ($khi = 11,198$; $dl = 1$; $p = ,001$), la tendance est inversée pour les antidépresseurs qui sont prescrits dans une plus grande

proportion aux adolescentes ($khi = 19,737$; $dl = 1$; $p = ,000$). Bien que la différence ne soit pas statistiquement significative, une tendance ($khi = 2,823$; $dl = 1$; $p = ,093$) peut être dégagée quant aux antipsychotiques qui semblent prescrits plus fréquemment aux adolescents qu'aux adolescentes. Il est important de mentionner que les adolescents et les adolescentes sont cependant comparables en ce qui concerne le nombre moyen de médicaments prescrits ($t = ,494$, $dl = 149$, $p = ,622$).

Auto-évaluation des comportements et des symptômes

Le YSR est une mesure des différents symptômes et problèmes de comportement selon la perspective des adolescents. Nous avons comparé les résultats obtenus à cette échelle pour les adolescents et les adolescentes de l'échantillon à l'aide de tests de comparaison de moyennes (tests t). Les résultats présentés au tableau 2 suivant montrent que les adolescentes révèlent, de façon significative, plus de problèmes de retrait/dépression, d'anxiété, de plaintes somatiques, de problèmes sociaux et de comportements délinquants. De leur côté, les adolescents révèlent significativement plus de problèmes d'attention. Ainsi, en comparaison aux adolescents, les adolescentes s'attribuent de plus amples difficultés.

Évaluation par les éducateurs des comportements et des symptômes

Afin de comparer les symptômes présentés, nous avons aussi effectué la comparaison (tests t) des résultats obtenus à l'échelle d'évaluation psychiatrique (BPRS-C) selon le sexe du participant (présentés au tableau 2). Ainsi, d'après l'évaluation que les éducateurs font des jeunes dont ils ont la responsabilité (BPRS-C), les adolescentes et les adolescents sont comparables pour l'ensemble des symptômes psychiatriques.

Tableau 2
Comparaison des scores obtenus au YSR, au BPRS-C et à l'ÉCAOPP selon le sexe

| | Moyenne échantillon total | Moyenne adolescents | Moyenne adolescentes | dl | t |
|--|------------------------------|------------------------|-------------------------|-----|-----------|
| YSR | | | | | |
| Retrait / Dépression | 60,6 | 59,2 | 64,2 | 144 | -3,709 ** |
| Problèmes somatiques | 66,7 | 62,9 | 77,3 | 144 | -6,874 ** |
| Anxiété / Dépression | 63,3 | 60,7 | 70,6 | 144 | -5,712 ** |
| Problèmes sociaux | 62,8 | 60,8 | 68,3 | 144 | -4,830 ** |
| Problèmes de la pensée | 62,8 | 61 | 67,6 | 144 | -3,616 ** |
| Problèmes d'attention | 57,3 | 59,1 | 52,3 | 144 | 4,455 ** |
| Comportements délinquants | 69,2 | 67,2 | 74,7 | 144 | -3,733 ** |
| Comportements agressifs | 65,1 | 64,5 | 66,7 | 144 | -1,205 |
| Score : problèmes intériorisés | 63,8 | 60,1 | 74,2 | 144 | -7,123 ** |
| Score : problèmes extériorisés | 66,9 | 65,9 | 69,6 | 144 | -2,031 * |
| Score total | 64,6 | 63,3 | 68,2 | 142 | -2,581 * |
| BPRS-C | | | | | |
| Problèmes de comportement | 8,1 | 8,2 | 7,8 | 124 | 0,462 |
| Dépression | 5,3 | 4,9 | 6,2 | 124 | -1,770 |
| Désordre de la pensée | 2,5 | 2,4 | 2,9 | 124 | -0,647 |
| Excitation psychomotrice | 6,8 | 7,1 | 6 | 124 | 1,229 |
| Retrait-retard mental | 4,2 | 4 | 4,7 | 124 | -1,015 |
| Anxiété | 6 | 6,1 | 5,9 | 122 | 0,220 |
| Organisation psychique | 2,7 | 2,8 | 2,5 | 124 | 0,374 |
| Score total | 35,6 | 35,4 | 36,1 | 114 | -0,209 |
| ÉCAOPP | | | | | |
| Acceptation des médicaments psychotropes | 0,52 | 0,50 | 0,58 | 149 | -2,001 * |
| Comportements d'observance | 0,89 | 0,89 | 0,88 | 149 | 0,377 |
| Score total | 0,68 | 0,67 | 0,71 | 149 | -1,353 |

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

En sus, à l'ÉCAOPP, une différence significative entre les adolescentes et les adolescents ($t = -2,001$, $dl = 149$, $p = ,05$) peut être identifiée à la sous-échelle « acceptation » des médicaments psychotropes, les filles acceptant mieux de prendre des médicaments que les garçons (tableau 2). Aucune différence ne se creuse toutefois entre les deux groupes par rapport aux « comportements d'observance » et au score total de l'ÉCAOPP.

Ces premiers résultats suggèrent que des différences significatives s'installent entre les garçons et les filles quant aux familles de médicaments qui leur sont prescrits

(tableau 1), à l'évaluation qu'ils font de leurs problèmes (YSR, tableau 2) et à leur acceptation des médicaments psychotropes (ECAOPP, tableau 2). Étant donné ces différences, il est possible de supposer que les variables associées à l'observance sont aussi dissemblables pour chacun des sexes. Pour la suite des analyses, nous avons donc opté pour deux régressions indépendantes, une pour les garçons et l'autre pour les filles.

Analyses corrélationnelles et tests de comparaison de moyennes

Afin de déterminer les variables les plus fortement associées à l'observance telle que mesurée par l'ÉCAOPP (sous-échelles « acceptation des médicaments psychotropes », « comportements d'observance » et « score total »), des coefficients de corrélations de *Pearson* (r) ont été calculés pour chacune des variables individuelles, symptomatiques et liées au traitement. Pour la variable « trafic de médicaments », qui est dichotomique, un test de comparaison de moyennes (test t) a été effectué, dans ce même but. Les résultats de ces analyses bivariées sont présentés aux tableaux 3 et 4 ci-dessous.

Tableau 3
Analyses bivariées (corrélations) : sous-échelles des tests et ÉCAOPP

| Variables | Adolescents (G) | | | Adolescentes (F) | | |
|--|-----------------|-----------|-----------|------------------|-----------|-----------|
| | Accept. (r) | Comp. (r) | Total (r) | Accept. (r) | Comp. (r) | Total (r) |
| CISS | | | | | | |
| Réponse centrée sur la tâche | ,280** | ,065 | ,254** | -,003 | ,307 | ,141 |
| Réponse centrée sur l'évitement | ,204* | -,045 | ,143 | ,024 | ,263 | ,143 |
| Réponse centrée sur l'émotion | ,163 | -,056 | ,107 | ,072 | -,096 | ,008 |
| Réponse agressive | -,115 | -,244* | -,204* | -,131 | -,184 | -,183 |
| Réponse sexuelle | -,040 | -,095 | -,075 | ,081 | ,063 | ,090 |
| DIAS | | | | | | |
| Agression directe physique | -,137 | -,226* | -,211* | ,035 | ,155 | ,098 |
| Agression indirecte relationnelle | -,134 | -,191 | -,189 | ,055 | ,200 | ,134 |
| Agression directe verbale | -,066 | -,184 | -,137 | -,014 | ,052 | ,014 |
| Score total agressivité | -,140 | -,232* | -,212* | ,032 | ,164 | ,100 |
| YSR | | | | | | |
| Retrait – Dépression | -,128 | -,157 | -,169 | -,127 | -,149 | -,162 |
| Somatisation | ,127 | -,053 | ,079 | -,007 | -,313 | -,150 |
| Anxiété – Dépression | ,077 | -,113 | ,013 | -,027 | -,282 | -,151 |
| Problèmes sociaux | -,111 | -,154 | -,154 | -,282 | -,045 | -,229 |
| Problèmes de la pensée | ,059 | -,194* | -,036 | -,105 | -,118 | -,132 |
| Problèmes d'attention | -,080 | -,016 | -,070 | ,055 | -,046 | ,019 |
| Comportements délinquants | ,100 | -,172 | ,006 | ,014 | -,168 | -,068 |
| Comportements agressifs | -,041 | -,121 | -,085 | -,045 | ,097 | ,012 |
| Score problèmes intériorisés | ,091 | -,045 | ,054 | -,029 | -,333* | -,176 |
| Score problèmes extériorisés | ,007 | -,143 | -,056 | -,017 | -,023 | -,023 |
| Score total | ,021 | -,086 | -,020 | -,075 | -,175 | -,137 |
| BPRS-C | | | | | | |
| Problèmes de comportements | -,218* | -,214* | -,264* | ,033 | -,209 | -,068 |
| Dépression | -,036 | -,082 | -,070 | -,132 | -,381* | -,272 |
| Désordre de la pensée | -,043 | ,039 | -,017 | -,119 | ,023 | -,081 |
| Excitation psychomotrice | -,258* | -,116 | -,253* | -,201 | -,238 | -,263 |
| Retrait | -,096 | -,042 | -,094 | -,176 | -,105 | -,183 |
| Anxiété | ,021 | ,035 | ,030 | -,350* | -,439* | -,464** |
| Organisation psychique | ,036 | -,025 | ,017 | -,028 | -,175 | -,100 |
| Score total | -,135 | -,106 | -,150 | -,191 | -,362* | -,311 |
| URICA | | | | | | |
| Précontemplation | -,139 | -,088 | -,152 | ,074 | -,280 | -,076 |
| Contemplation | ,137 | ,351** | ,270** | ,170 | ,211 | ,224 |
| Action | ,272** | ,414** | ,407** | ,162 | ,278 | ,249 |
| Maintien | ,104 | ,250** | ,197* | ,188 | ,088 | ,180 |
| CALPAS | | | | | | |
| Capacité de travail du patient | ,110 | ,098 | ,132 | ,235 | ,241 | ,285 |
| Engagement du patient dans la relation thérapeutique | ,285** | ,165 | ,302** | ,138 | ,029 | ,115 |
| Consensus sur le plan de traitement | ,071 | ,128 | ,114 | ,082 | ,051 | ,084 |
| Compréhension et engagement du thérapeute | ,119 | ,066 | ,126 | ,155 | ,142 | ,180 |
| Score total | ,164 | ,136 | ,193 | ,195 | ,147 | ,212 |

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Tableau 4
Analyses bivariées (tests t) : médicaments prescrits et ÉCAOPP

| Variables | Moyennes aux échelles de l'ÉCAOPP | | | | | |
|----------------------------|-----------------------------------|----------|----------|----------------------------|---------|---------|
| | Adolescents (G) (dl = 106) | | | Adolescentes (F) (dl = 41) | | |
| | Accept. | Comp. | Total | Accept. | Comp. | Total |
| Médicaments prescrits | | | | | | |
| Psychostimulants | Oui ,46 | ,88 | ,65 | ,61 | ,89 | ,73 |
| | Non ,57 | ,90 | ,72 | ,56 | ,87 | ,70 |
| | <i>t</i> 2,615 ** | ,711 | 2,371 * | -,843 | -,222 | -,703 |
| Antipsychotiques | Oui ,54 | ,90 | ,70 | ,53 | ,91 | ,69 |
| | Non ,45 | ,87 | ,63 | ,62 | ,86 | ,72 |
| | <i>t</i> -2,269 * | -1,051 | -2,274 * | 1,500 | -,942 | ,597 |
| Antidépresseurs | Oui ,52 | ,89 | ,67 | ,55 | ,84 | ,68 |
| | Non ,50 | ,89 | ,68 | ,61 | ,92 | ,74 |
| | <i>t</i> -,475 | ,097 | -,326 | ,848 | 1,395 | 1,272 |
| Clonidine® | Oui ,53 | ,90 | ,69 | ,43 | ,68 | ,54 |
| | Non ,50 | ,89 | ,67 | ,59 | ,90 | ,73 |
| | <i>t</i> -,436 | -,339 | -,496 | 1,580 | 2,629 * | 2,406 * |
| Stabilisateurs de l'humeur | Oui ,70 | ,90 | ,78 | ,56 | ,87 | ,69 |
| | Non ,48 | ,89 | ,66 | ,58 | ,88 | ,71 |
| | <i>t</i> -2,917 ** | -,168 | -2,334 * | ,220 | ,155 | ,231 |
| Sédatifs-hypnotiques | Oui ,49 | ,81 | ,63 | ,56 | ,75 | ,64 |
| | Non ,50 | ,89 | ,67 | ,58 | ,89 | ,72 |
| | <i>t</i> ,074 | ,951 | ,495 | ,204 | 1,580 | ,882 |
| Trafic de médicaments | Oui ,43 | ,79 | ,59 | ,62 | ,80 | ,70 |
| | Non ,53 | ,92 | ,70 | ,57 | ,89 | ,71 |
| | <i>t</i> 1,957 | 7,508 ** | 3,402 ** | -,594 | 1,230 | ,157 |

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Pour la sous-échelle « acceptation des médicaments », une seule corrélation est significative pour les adolescentes : la présence d'anxiété telle qu'évaluée par l'éducateur grâce au BPRS-C y est associée négativement ($r = -,350$; $p = ,046$). Six corrélations sont significatives chez les adolescents. En effet, l'attitude d'action face au changement selon l'URICA ($r = ,272$; $p = ,005$), les stratégies de *coping* centrées sur la tâche ($r = ,280$; $p = ,004$) et centrées sur l'évitement ($r = ,204$; $p = ,037$) selon le CISS, l'engagement du patient dans la relation thérapeutique avec le médecin ($r = ,285$; $p = ,009$) selon le CALPAS y sont associés positivement, tandis que la présence de problèmes de comportement ($r = -,218$; $p = ,037$) et la présence d'excitation psychomotrice ($r = -,258$; $p = ,012$) telles qu'évaluées par l'éducateur à l'aide du BPRS-C y sont associées négativement.

En ce qui a trait aux familles de médicaments prescrits, aucune différence significative n'apparaît chez les filles. Par contre, chez les garçons, il appert que les utilisateurs de psychostimulants acceptent moins leur médication ($t = 2,615$; $dl = 106$, $p = ,010$), tandis que les utilisateurs d'antipsychotiques ($t = -2,269$; $dl = 106$, $p = ,025$) et de stabilisateurs de l'humeur ($t = -2,917$; $dl = 106$, $p = ,004$) l'acceptent mieux que ceux qui n'en prennent pas.

La sous-échelle des « comportements d'observance » est associée de façon négative à quatre variables pour les adolescentes. Il s'agit plus précisément du score obtenu pour les problèmes intériorisés auto-évalués au YSR ($r = -,333$; $p = ,038$), de l'évaluation que fait l'éducateur des symptômes de dépression ($r = -,381$; $p = ,026$), d'anxiété ($r = -,439$; $p = ,011$) et de l'ensemble des symptômes psychiatriques ($r = -,362$; $p = ,045$) au BPRS-C. Du côté des garçons, neuf corrélations sont significatives. Les comportements d'observance évalués par l'ÉCAOPP sont positivement associés aux attitudes de contemplation ($r = ,351$; $p = ,000$), d'action ($r = ,414$; $p = ,000$) et de maintien ($r = ,25$; $p = ,009$) face au changement évaluées par l'URICA. Ils sont par contre associés négativement aux stratégies de *coping* centrées sur l'agressivité révélées au CISS ($r = -,244$; $p = ,012$), aux problèmes de la pensée révélés au YSR ($r = -,194$; $p = ,045$); à l'agression directe physique ($r = -,226$; $p = ,019$) et au score total d'agressivité évalués par le DIAS ($r = -,232$; $p = ,017$), à l'implication dans le trafic de médicaments dans le passé ($t = 4,016$; $dl = 106$; $p = ,000$) et aux problèmes de comportements identifiés par l'éducateur au BPRS-C ($r = -,214$; $p = ,04$).

Au sujet des familles de médicaments prescrits, il s'avère que les filles utilisatrices de clonidine® présentent de moins bons comportements d'observance que celles qui n'en prennent pas ($t = 2,629$; $dl = 41$, $p = ,012$), cependant ce résultat est à prendre avec réserve puisque seules quatre adolescentes reçoivent une telle prescription.

Le score total de l'ÉCAOPP (i.e. sous-échelle acceptation + sous-échelle comportements d'observance) n'est significativement associé, chez les filles, qu'à l'identification d'anxiété par les éducateurs au BPRS-C (relation négative; $r = -,464$; $p = ,007$). Chez les adolescents de l'échantillon, onze corrélations sont significatives : les attitudes de contemplation ($r = ,270$; $p = ,005$), d'action ($r = ,407$; $p = ,000$) et de maintien face au changement évaluées par l'URICA ($r = ,197$; $p = ,042$); les stratégies de *coping* centrées sur la tâche ($r = ,254$; $p = ,009$) et sur l'agressivité ($r = ,270$; $p = ,005$) au CISS; l'engagement du patient dans la relation thérapeutique selon le CALPAS ($r = ,302$; $p = ,005$) sont associés positivement aux comportements d'observance, tandis que l'agression directe physique ($r = -,211$; $p = ,028$) et le score total d'agressivité ($r = -,212$; $p = ,030$) auto-évalués par le DIAS, l'implication dans le trafic de médicaments dans le passé ($t = 3,402$, $dl = 106$, $p = ,001$), les problèmes de comportement ($r = -,264$; $p = ,011$) et l'excitation psychomotrice ($r = -,253$; $p = ,014$) identifiés par l'éducateur au BPRS-C y sont associés négativement.

Chez les filles, la prescription de clonidine® est associée à un score total moins élevé à l'ÉCAOPP ($t = 2,406$; $dl = 41$; $p = ,021$) (résultat à prendre avec réserve compte

tenu que seules quatre adolescentes reçoivent une telle prescription). Chez les adolescents la prescription de psychostimulants entraîne des scores totaux moins élevés à l'ÉCAOPP tandis que la prescription d'antipsychotiques ($t = -2,274$; $dl = 106$; $p = ,025$) et de stabilisateurs de l'humeur ($t = -2,334$; $dl = 106$; $p = ,021$) favorise des scores plus élevés.

Il importe de retenir que plusieurs variables, mesurant une variété d'aspects liés à la fois au *coping* (réactions habituelles lors de situations stressantes), aux antécédents de trafic de médicament, au traitement (famille de médicament prescrite, motivation, engagement thérapeutique) et aux symptômes (problèmes comportementaux, symptômes psychiatriques, comportements agressifs), apparaissent en lien avec l'acceptation des médicaments et les comportements d'observance tels qu'évalués par l'ÉCAOPP chez les adolescents. En ce qui concerne les adolescentes, les associations significatives sont très différentes de celles des garçons puisqu'elles se retrouvent uniquement au niveau des symptômes, qu'ils soient auto-révélés (problèmes intériorisés au YSR) ou évalués par les éducateurs (dépression et anxiété au BPRS-C).

Analyses de régression

Au moment de procéder aux régressions, nous n'avons sélectionné que les participants pour lesquels tous les questionnaires ont été complétés. La méthode pas-à-pas (*stepwise*) a d'abord été utilisée en incluant les variables significatives issues des tests de comparaisons de moyennes et des corrélations présentés précédemment. Puis, nous n'avons retenu que les variables significatives pour les inclure dans un modèle de régression de type séquentielle (*enter*).

Pour les adolescentes, il est difficile d'établir des modèles statistiques de prédiction de l'observance puisque ces dernières sont moins nombreuses au sein de l'échantillon ($n = 43$). En fait, un seul prédicteur émerge pour chacune des sous-échelles de l'ÉCAOPP, ainsi que pour le score total : il s'agit de l'évaluation de l'anxiété par l'éducateur (BPRS-C). Plus précisément, les adolescentes perçues anxieuses acceptent moins bien et prennent moins régulièrement leurs médicaments psychotropes. Puisqu'un seul prédicteur peut être dégagé par la procédure, il ne s'agit plus d'un modèle de régression, mais d'une corrélation dont les coefficients ont déjà été présentés au tableau 4. Le score d'anxiété perçu par l'éducateur (BPRS-C) est associé significativement à l'acceptation de la médication psychotrope ($r = -,350$; $p = ,046$), aux comportements d'observance ($r = -,439$; $p = ,011$) et au score total à l'ÉCAOPP ($r = -,464$; $p = 0,007$). De plus, par des coefficients de corrélations de *Pearson*, il est possible d'associer le score des problèmes intériorisés du YSR ($r = -,333$; $p = ,038$) et le score de dépression au BPRS-C ($r = -,381$; $p = ,026$) aux comportements d'observance tels que mesurés par l'ÉCAOPP.

Chez les garçons ($n=68$), pour la sous-échelle « acceptation » (ÉCAOPP), 38,8% de la variance est expliquée par un modèle (présenté au tableau 5 suivant) incluant une stratégie de *coping* centrée sur la tâche ($B = ,402$; $p = ,000$) (CISS), l'engagement du patient dans la relation thérapeutique ($B = ,262$; $p = ,011$) (CALPAS), la prescription d'un stabilisateur de l'humeur ($B = ,311$; $p = ,003$), ainsi que des problèmes de comportement présentés par l'adolescent et identifiés par son éducateur ($B = -,177$; $p = ,083$) (BPRS-C). La stratégie de *coping* centrée sur la tâche est la variable la mieux corrélée avec la sous-échelle d'« acceptation » (ÉCAOPP). Rapporter des stratégies de

coping centrées sur la tâche (par ex. : mieux planifier son horaire, faire des actions pour corriger une situation difficile, analyser la situation) et se dire très engagé dans la relation avec le prescripteur (par ex. : avoir l'impression que le suivi thérapeutique est valable, être prêt à affronter ses problèmes même si la solution n'est pas immédiate) permet une meilleure acceptation de la prescription. De plus, la consommation de stabilisateurs de l'humeur, bien qu'elle soit rare ($n = 9$), affecte positivement l'acceptation de la médication psychotrope. En contrepartie, lorsque l'éducateur de l'adolescent identifie plus de problèmes de comportement (tels un manque de collaboration, de l'hostilité et de la manipulation), l'acceptation de la médication révélée par l'adolescent a tendance à être moins bonne.

Tableau 5
Prédicteurs de l'acceptation de la psychopharmacoprescription (ÉCAOPP) pour les adolescents (n=68)

| Variables | B | Erreur type | Beta | t | Sign. |
|---|----------|-------------|-------|--------|-------|
| (Constante) | ,183 | ,099 | | 1,856 | ,068 |
| Réponse centrée sur la tâche (CISS) | ,006716 | ,002 | ,402 | 3,961 | ,000 |
| Engagement du patient dans la relation thérapeutique (CALPAS) | ,01055 | ,004 | ,262 | 2,611 | ,011 |
| Problèmes de comportements (BPRS-C) | -,009388 | ,005 | -,177 | -1,763 | ,083 |
| Prescription de stabilisateur de l'humeur | ,269 | ,086 | ,311 | 3,145 | ,003 |

Toujours chez les garçons ($n=79$), pour la sous-échelle des « comportements d'observance » (ÉCAOPP), le modèle présenté au tableau 6 suivant montre que 31,8% de la variance est expliquée par deux variables : attitude d'action face au changement ($B = ,363$; $p = ,000$) (URICA) et agression directe physique ($B = -,363$; $p = ,000$) (DIAS). Dans ce cas, avoir des attitudes d'action face au changement (par ex. : travailler à l'amélioration de son problème même si cela est difficile, travailler fort pour changer), influence positivement les comportements d'observance. À l'inverse, faire preuve

d'agressivité directe physique envers autrui (par ex. : frapper, bousculer, mordre, donner des coups aux autres) est associé à de moins bons comportements d'observance.

Tableau 6

Prédicteurs des comportements d'observance de la psychopharmacoprescription (ÉCAOPP) pour les adolescents (n=79)

| Variables | B | Erreur type | Beta | t | Sign. |
|--|---------|-------------|-------|--------|-------|
| (Constante) | ,716 | ,071 | | 10,144 | ,000 |
| Attitude d'action face au changement (URICA) | ,007519 | ,002 | ,363 | 3,755 | ,000 |
| Agression directe physique (DIAS) | -,01087 | ,003 | -,363 | -3,749 | ,000 |

En ce qui concerne le score total à l'ÉCAOPP chez les garçons (n=78), 42,9% de la variance est prédite par un modèle (tableau 7 suivant) incluant 4 variables. Ainsi, avoir des stratégies de *coping* centrées sur la tâche ($B = ,334$; $p = ,001$), une attitude d'action face au changement ($B = ,245$; $p = ,012$) et une prescription de stabilisateur de l'humeur ($B = ,162$; $p = ,073$) sont associées à un score global plus élevé. À l'inverse, faire preuve d'agression directe physique ($B = -,346$; $p = ,000$) est lié à de moins bons scores à l'échelle globale.

Tableau 7

Prédicteurs du score total des attitudes et comportements d'observance de la psychopharmacoprescription (ÉCAOPP) pour les adolescents (n=78)

| Variables | B | Erreur type | Beta | t | Sign. |
|--|---------|-------------|-------|--------|-------|
| (Constante) | ,454 | ,066 | | 6,918 | ,000 |
| Réponse centrée sur la tâche (CISS) | ,003695 | ,001 | ,334 | 3,598 | ,001 |
| Attitude d'action face au changement (URICA) | ,004946 | ,002 | ,245 | 2,592 | ,012 |
| Agression directe physique (DIAS) | -,01022 | ,003 | -,346 | -3,816 | ,000 |
| Prescription d'un stabilisateur de l'humeur | ,08649 | ,048 | ,162 | 1,818 | ,073 |

Discussion

Les analyses univariées et bivariées ont produit des résultats différents pour les adolescentes et les adolescents, mettant en évidence que les attitudes (l'acceptation de la médication psychotrope) et les conduites d'observance (comportements d'observance) des prescriptions de médicaments psychotropes, se distinguent en fonction du sexe des répondants.

Il a été impossible d'effectuer une régression linéaire multiple permettant de prédire l'acceptation et les comportements d'observance pour les filles de l'échantillon. L'anxiété perçue par l'éducateur s'est avérée l'unique variable prédictive de l'acceptation et des comportements d'observance. Plus précisément, dans le BPRS-C, l'anxiété est définie comme des « comportements d'agrippement, anxiété de séparation, préoccupations, peurs ou phobies ». Ces soucis peuvent être jugés occasionnels, fréquents, persistants ou envahissants et concernant à peu près tous les aspects du fonctionnement. S'y ajoutent de « l'agitation, des mouvements nerveux des mains ou des pieds ». Une étude récente (Stein, Cantrell, Sokol, Eady & Shah, 2006) vient appuyer cette hypothèse voulant que l'anxiété soit associée à des attitudes et comportements d'observance diminués. Selon les résultats obtenus par Stein et al (2006), l'inobservance est relativement courante chez les patients présentant un trouble anxieux traité à l'aide d'antidépresseurs de type inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS). Plus précisément, les patients de leur échantillon qui étaient traités à l'aide d'ISRS pour des troubles anxieux sans composante dépressive, démontraient une observance plus pauvre (40% d'observance) en comparaison avec ceux présentant des troubles dépressifs associés (47% d'observance).

Par ailleurs, selon The Research Units on Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group (2003), une étude de l'observance à partir d'un échantillon d'enfants et d'adolescents sous ISRS (fluvoxamine – Luvox®) démontre que l'observance est associée à l'efficacité thérapeutique et au soulagement des symptômes.

Subséquemment aux résultats obtenus par ces études antérieures et considérant les résultats de la présente étude, il est possible d'émettre l'hypothèse (qui demeure à confirmer par d'autres études) d'une mauvaise réponse à la psychopharmacoprescription chez les adolescentes présentant des symptômes anxieux. Ainsi, l'anxiété, parce que trop envahissante, pourrait entraver l'adhésion à la prescription chez les adolescentes, ce qui serait à vérifier. En effet, outre l'évaluation des éducateurs (BRPS-C) qui révèle que les symptômes anxieux demeurent présents et identifiables, malgré le médicament, il est important de garder à l'esprit que si l'efficacité thérapeutique conduit dans certains cas à l'observance (Thiruchelvam et al., 2001), l'inverse est aussi vrai. En conséquence, la persistance des symptômes anxieux pourrait être l'indice d'une pauvre observance de la prescription.

Chez les adolescents, une réponse de *coping* plus centrée sur la tâche, une prescription de stabilisateur de l'humeur et un plus grand engagement dans la relation thérapeutique instaurée avec le prescripteur, sont des facteurs associés à une meilleure acceptation de la psychopharmacoprescription. Les problèmes de comportement perçus par les éducateurs sont quant à eux associés négativement à l'acceptation de la médication psychotrope. Au CISS, les stratégies de *coping* centrées sur la tâche (« mieux planifier son temps »; « prendre le contrôle de la situation ») sont opposées à des stratégies d'évitement face à une situation difficile (« m'offrir ma collation préférée »

ou « essayer d'aller dormir ») ou encore à des réponses plus centrées sur l'émotion (se « faire des reproches pour ce qui arrive »), l'agressivité (« avoir envie de frapper quelqu'un ») ou la sexualité (« regarder du matériel pornographique »). Avoir tendance à affronter directement une situation difficile est une disposition concomitante à celle de bien accepter ses médicaments. On peut supposer que la prescription psychopharmacologique devient alors un moyen parmi d'autres d'affronter directement une situation difficile ou stressante. Au niveau du traitement psychopharmacologique plus spécifiquement, la meilleure acceptation par les jeunes recevant des stabilisateurs de l'humeur peut constituer un indice de l'efficacité de ce type de molécule sur les symptômes présentés. L'efficacité du régime thérapeutique sur la condition symptomatique peut en effet avoir une influence positive sur l'observance, comme l'ont démontré Thiruchelvam et al. (2001) dans une étude portant sur les enfants ayant un trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité. La qualité de la relation thérapeutique avec le prescripteur a été maintes fois associée à l'observance (DiMatteo, 1994; Grasset et al., 2000; Haynes, 1979; Leo et al., 2005; Meichenbaum & Turk, 1997; Trostle, 1998; Vermeire et al., 2001). Les résultats obtenus dans la présente étude vont dans ce sens. Il semble bien qu'être positivement engagé dans la relation avec le prescripteur, s'accompagne d'une adhésion aux idées de ce dernier, puis d'une meilleure acceptation de la médication psychotrope. Ainsi, le jeune placé en institution qui fait confiance au médecin peut reconnaître la valeur de ses motifs de prescription.

Pour les adolescents de l'échantillon, les facteurs liés aux comportements d'observance proprement dits, sont différents de ceux associés à une bonne acceptation de la psychopharmacoprescription. Ainsi, la motivation en regard du traitement et les conduites agressives sont corrélées avec les comportements d'observance. Des attitudes

d'action face au changement favorisent de meilleurs comportements d'observance, ce qui rejoint les observations de plusieurs à l'effet que la volonté et la capacité à suivre les recommandations du médecin sont des facteurs importants (Baumann & Trincard, 2002; Grasset et al., 2000; Lerner, 1997; DiMatteo, 1994). En ce sens, consommer ses médicaments tels qu'ils sont prescrits peut faire partie d'un plan de traitement ou d'intervention visant l'amélioration des symptômes, demandant à l'individu d'être « actif » par rapport aux changements qu'il doit adopter pour y parvenir. S'impliquer activement dans un processus de changement peut se traduire par un usage des médicaments tel que recommandé par le médecin. Par contre, révéler de l'agressivité physique directe est associé à de moins bons comportements d'observance. En effet, cette pratique est corrélée négativement avec les comportements d'observance, indiquant qu'un adolescent plus agressif physiquement envers autrui tend à présenter de moins bons comportements d'observance. Il devient donc possible d'émettre l'hypothèse selon laquelle l'agressivité physique directe représente une façon de résister activement et explicitement à la prescription. Cette agressivité peut être interprétée comme une réaction de l'adolescent au contexte d'autorité qui prévaut dans les centres de réadaptation. Cette relation négative entre l'agressivité physique directe et les conduites d'observance n'est pas sans rappeler les résultats de Mercier (1989) où l'hostilité, l'agressivité et l'indépendance constituaient des attitudes liées à l'inobservance. Bastiaens (1995) a quant à lui indiqué que le sentiment d'invulnérabilité, la propension à éprouver de l'hostilité envers les figures d'autorité et la recherche d'autonomie propres aux adolescents, étaient des facteurs menant à une moins bonne observance.

Le modèle de prédiction du score total de l'ÉCAOPP diffère légèrement des deux modèles établis précédemment. Alors que les deux facteurs associés aux

« comportements d'observance » s'y retrouvent, seulement deux des quatre associés à l'« acceptation de la psychopharmacoprescription » y figurent. Ainsi, les problèmes de comportement perçus par l'éducateur et l'engagement thérapeutique avec le prescripteur ne sont pas inclus au sein de ce modèle global. L'agressivité exprimée physiquement et directement constitue le facteur ayant l'association la plus forte (et négative) avec le score total de l'ÉCAOPP. Elle est suivie par les stratégies de *coping* centrées sur la tâche. Au niveau du traitement, avoir une prescription de stabilisateur de l'humeur est aussi associé à un meilleur score total à l'ÉCAOPP, tout comme les attitudes d'action face au changement.

Conclusion

Les résultats obtenus permettent de bien saisir que l'acceptation de la médication psychotrope et son observance proprement dite sont deux dimensions bien distinctes. Alors que la première fait référence à une attitude personnelle, la seconde exprime les conduites « agies » de l'adolescent envers sa prescription. Même si un adolescent a des attitudes négatives en regard de sa prescription, cela n'entraîne pas nécessairement un refus ouvert de sa part. Les résultats des analyses de régression le montrent bien. En effet, les variables associées à l'acceptation des médicaments psychotropes sont plutôt de l'ordre des cognitions et des attitudes (stratégies de *coping* et engagement thérapeutique) alors que les variables associées aux comportements d'observance proprement dits impliquent plus des actions directes (attitudes d'action face au changement et agression physique directe).

Dans cette étude, deux des principales dimensions identifiées par l'OMS (2003) comme prioritaires dans la compréhension de l'observance ont été évaluées, soit les

caractéristiques individuelles et celles liées au traitement. Nous avons souligné dans la recension des écrits que l'entourage des patients constitue un facteur important dans le phénomène de l'observance. Cependant, en regard du contexte spécifique des jeunes hébergés en centres de réadaptation, il devient difficile d'y évaluer son influence, principalement parce que ces adolescents résident hors du domicile familial et que les parents ne sont pas toujours accessibles. Il n'en demeure pas moins que l'étude de l'influence de l'entourage familial et du groupe de pairs sur l'observance de la psychopharmacoprescription est une piste de recherche à explorer.

Par ailleurs, cette étude a permis de démontrer que l'anxiété influence négativement à la fois l'acceptation de la médication et les comportements d'observance chez les adolescentes rencontrées. Afin de pallier les limites de généralisation découlant de l'échantillon restreint dans cette étude, il serait important de constituer un échantillon comptant un plus grand nombre d'adolescentes dans une étude ultérieure de manière à déterminer si d'autres facteurs peuvent prédire leur observance de la prescription psychopharmacologique. De même, il importe de préciser que les résultats présentés ne s'appliquent qu'aux adolescents hébergés en centres de réadaptation.

Enfin, dans une étude subséquente, il serait intéressant de dégager un modèle de l'observance de la psychopharmacoprescription pour un échantillon de jeunes présentant des symptômes et comportements problématiques semblables, sans être placés pour autant en centres de réadaptation. En effet, au Québec, seule une minorité des jeunes suivis par les intervenants des Centres jeunesse est hébergée en institution, (sur 31606 enfants ayant fait l'objet d'une « application des mesures » en 2005-2006, ils n'étaient que 2143 hébergés en unités de vie, soit 6,78%; Les Centres jeunesse du Québec, 2006).

À titre d'exemple, il serait intéressant de comparer nos résultats à ceux qui seraient obtenus auprès de jeunes suivis *dans la communauté* en vertu d'une des lois pour mineurs (Loi de la protection de la jeunesse, Loi sur le système de justice pénal pour adolescents). Le contexte qui caractérise les centres de réadaptation ajoute certainement à la complexité du phénomène de l'observance, ne serait-ce que par les attitudes que l'autorité suscite chez les adolescents qui y sont hébergés (Laurier, Collin & Lafortune, en préparation). Nous pouvons donc supposer que le contexte d'autorité des centres de réadaptation favorise des comportements d'observance « conformistes », et ce, même en présence d'une acceptation plus mitigée de la prescription psychopharmacologique, ce qu'il reste à vérifier.

Références

- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Youth Self-Report Form and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Baillargeon, J., Contreras, S., Grady, J. J., Black, S. A., & Murray, O. (2000). Compliance with antidepressant medication among prison inmates with depressive disorders. *Psychiatric Services*, 51(11), 1444-1446.
- Bastiaens L. (1995). Compliance with pharmacotherapy in adolescents : effects of patients' and parents' knowledge and attitudes toward treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 5(1), 39-48.
- Bastiaens, L., Chowdhury, S., & Gitelman, L. (2000). Medication samples and drug compliance. *Psychiatric Services*, 51(6), 819.
- Baumann, M., & Trincard, M. (2002). Les attitudes d'autonomie dans l'observance thérapeutique d'une cohorte de consommateurs continus de psychotropes. *Encephale*, 28(5 Pt 1), 389-396.
- Beck, C. A., Williams, J., Wang, J. L., Kassam, A., El-Guebaly, N. Currie, Maxwell, C. J., & Patten, S. B. (2005) Psychotropic medication use in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(10), 605-613.
- Becker, M.H., and Mainman, L.A. (1975). Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations. *Medical Care*, 13(1), 10-24.
- Bergeron, J., Landry, M., Brochu, S., & Cournoyer, L.-G. (1997). *Les déterminants de la persévérance des clients dans les traitements de réadaptation pour l'alcoolisme et la toxicomanie : une approche multidimensionnelle*. Rapport d'une recherche subventionnée par le Conseil québécois de la recherche sociale (# RS 2308-093).

Québec : Bibliothèque nationale du Québec.

- Björkqvist, K., Lagerspetz, K.M.J., & Österman, K. (1992). *The Direct and Indirect Aggression Scales*. Finland: Abo Akademi University.
- Breland-Noble, A. M., Elbogen, E. B., Farmer, E. M. Z. Dubs, M S. Wagner, H. R., & Burns, B. J. (2004). Use of Psychotropic Medications by Youths in Therapeutic Foster Care and Group Homes. *Psychiatric Services*, 55(6), 706-708.
- Bourgeois, J.A. (2005). Compliance with psychiatric treatment in primary care : review and strategies. *Primary Psychiatry*, 12(6), 40-47.
- Boutin, M., Lalande, G., Émond, C., Simard, V., Boisvert, N., & Savard, K. (2005). *Relation entre l'alliance thérapeutique et la santé mentale de clients en processus d'aide psychologique*. Communication présentée au 72^e Congrès de l'Acfas, mai 2005, Montréal, Québec, Canada.
- Burlingame, G.M., Dunn, T.W. Chen, S., Lehman, A., Axman, R., Earnshaw, D., & Rees, F.M. (2005). Selection of Outcome Assessment Instrument for Inpatients With Severe and Persistent Mental Illness. *Psychiatric Services*, 56(4), 444-451.
- Bush, P.J., & Iannotti, R.J. (1990). A Children's Health Belief Model. *Medical Care*, 28(1), 69-86.
- Chappuy, H., Tréluyer, J.-M., Gary, A., Pons, G., & Chéron, G. (2005). Observance médicamenteuse chez l'enfant. *Archives de pédiatrie*, 12, 921-923.
- Conrad, P. (1985). The meaning of medications : another look at compliance. *Social Sciences and Medicine*, 20(1), 29-37.

- Cramer, J.A., & Rosenheck, R. (1998). Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatric Services*, 49(2), 196-201.
- DiMatteo, M. R. (1994). Enhancing patient adherence to medical recommendations. *JAMA: Jan 5*, 271(1), 79.
- DosReis, S., Zito, J.M., Safer, D.J., & Soeken, K.L. (2001). Mental health services for youths in foster care and disabled youths. *American Journal of Public Health*, 91(7), 1094-1099.
- DosReis, S., Zito, J.M., Safer, D.J., Soeken, K.L., Mitchell, J.W.Jr, & Ellwood, L.C. (2003). Parental perceptions and satisfaction with stimulant medication for attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 24(3), 155-162.
- Dozois, D.J.A., Westra, H.A., Collins, K.A., Fung, T.S., & Garry, J.K.K. (2004). Stages of change in anxiety: psychometric properties of the University of Rhode Island Change Assessment (URICA) scale. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 711-729.
- Ellis, S., Shumaker, S., Sieber, W., & Rand, C. (2000). Adherence to pharmacological interventions. Current trends and future directions. *The Pharmacological Intervention Working Group. Controlled Clinical Trials*, 21(5 Suppl), 218S-225S.
- Endler, N.S., & Parker, J.D.A. (1990). *CISS: Coping Inventory for Stressful Situations. Manual*. Toronto, Ontario: Multi-health Systems Inc., 71p.
- Endler, N.S. (1997). Stress, anxiety and coping: the multidimensionnal interaction model. *Canadian Psychology*, 38(3), 136-153.

- Gaston, L. (1991). Reliability and criterion-related validity of the California Psychotherapy Alliance Scales – Patient version. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 68-74.
- Ghaziuddin, N., King, C.A., Hovey, J.D., Zaccagnini, J., & Ghaziuddin, M. (1999). Medication noncompliance in adolescents with psychiatric disorders. *Child Psychiatry and Human Development*, 30(2), 103-110.
- Gordis, L. (1976). Methodologic Issues in the Measurment of Patient Compliance. In Sackett D., Haynes R. B. (Eds.). *Compliance with Therapeutic Regimens* (pp.51-66). Baltimore : Johns Hopkins University Press.
- Grasset, F., Bonvin, E., & Pomini, V. (2000). Pharmacothérapie psychotrope, compliance au traitement et observance des prescriptions. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 120(2), 137-143.
- Greenhill, L.L., & Setterberg, S. (1993). Pharmacotherapy of disorders of adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 16(4), 793-814.
- Greenstein, D.K., Franklin, M.E., & McGuffin, P. (1999). Measuring motivation to change: an examination of the University of Rhode Island Change Assessment Questionnaire (URICA) in an adolescent sample. *Psychotherapy*, 36, 47-55.
- Hack, S., & Chow, B. (2001). Pediatric psychotropic medication compliance: a literature review and research-based suggestions for improving treatment compliance. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 11(1), 59-67.
- Haynes, R.B. (1979). Introduction. In Haynes, R.B., Taylor, D.W., and Sackett, D.L. (Eds.), *Compliance in Health Care* (pp.1-7). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

- Horne, R., & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(6), 555-567.
- Hugues, C.W., Rintelmann, J., Emslie, G.J., Lopez, M., & MacCabe, N. (2001). A revised anchored version of the BPRS-C for childhood psychiatric disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 11(1), 77-93.
- Ivis, F. J., & Adlaf, E. M. (1999). Prevalence of Methylphenidate Use Among Adolescents in Ontario. *Canadian Journal of Public Health*, 90(5), 309-312.
- Keable, P., & Laframboise, J. (2005). *Cueillette d'informations sur la clientèle hébergée au CJM-IU en vertu de mesures de type centre de réadaptation, dans le cadre de la LSSSS, de la LPJ ou de la LSJPA*. Montréal : Centre jeunesse de Montréal – Institut Universitaire. Rapport de recherche inédit.
- Lachar, D., Randle, S.L., Harper, R.A., Scott-Gurnell, K.C., Lewis, K.R., Santos, C.W., Saunders, A.E., Pearson, D.A., Loveland, K.A., & Morgan, S.T. (2001). The Brief Psychiatric Rating Scale for Children (BPRS-C): Validity and Reliability of an Anchored Version. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(3), 333-340.
- Lafortune, D., & Laurier, C. (2005). Le recours aux médicaments psychotropes dans la prise en charge des jeunes hébergés dans les Centres Jeunesse. In Guyon, L., Brochu, S., & Landry, M. (Eds.). *Les jeunes et les drogues*, pp. 203-233. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Lafortune, D., Laurier, C., & Gagnon, F. (2004). Prévalence et facteurs associés à la prescription de médicaments psychotropes chez les sujets placés en Centre Jeunesse. *Revue de psychoéducation*, 33(1), 157-176.

- Lagueux, F., Wright, J., & Tourigny, M. (1999). *Mise sur pied d'un protocole d'évaluation dans le cadre de l'étude : Évaluation d'un programme de traitement pour adolescents agresseurs sexuels (AAS)*. Document inédit. Montréal: Université de Montréal.
- Laurier, C., & Lafortune, D. (sous presse). Les facteurs contribuant à l'observance d'une psychopharmacothérapie chez les adolescents hébergés en centres de réadaptation. *Revue canadienne de psychologie / Canadian Psychology*.
- Leo, R.J., Jassal, K., & Bakhai, Y.D. (2005). Nonadherence with psychopharmacologic treatment among psychiatric patients. *Primary Psychiatry*, 12(6), 33- 39.
- Lerner, B.H. (1997). From careless consumptives to recalcitrant patients: the historical construction of non-compliance. *Social Sciences and Medicine*, 45(9), 1423-1431.
- Les Centres Jeunesse du Québec (2006). Bilan des Directeurs de la Protection de la Jeunesse – 2006. *Association des Centres Jeunesse du Québec – Service des communications*, 46 p.
- Major, S. (1994). *Relations entre les attitudes envers l'alcool et les drogues et la motivation au changement*. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada.
- Martin, A., Van Hoof, T., Stubbe, D., Sherwin, T., & Scahill, L. (2003). Multiple Psychotropic Pharmacotherapy Among Child and Adolescent Enrollees in Connecticut Medicaid Managed Care. *Psychiatric Services*, 54(1), 72-77.
- Meichenbaum, D., & Turk, D.C. (1987). *Facilitating treatment adherence*. New-York: Plenum Press.

- Mercier, C. (1989). Le rôle des facteurs subjectifs dans la fidélité à la médication. *Revue canadienne de psychiatrie*, 34, 662-667.
- McConaughy, E.A., Prochaska, J.O., & Velicer, W.F. (1983). Stages of change in psychotherapy: measurement and sample profiles. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 20, 368-375.
- McConaughy, E.A., DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., & Velicer, W.F. (1989). Stages of change in psychotherapy: a follow-up report. *Psychotherapy*, 26, 494-503.
- Morasse, C. (1999). Ton comportement (agressivité). *Volet 1 : Portrait des jeunes inscrits à la prise en charge des Centres jeunesse du Québec et description des services reçus au cours des huit premiers mois*. Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS).
- Österman, K., Björkqvist, K., Lagerspetz, K.M.J., Charpentier, S., Vittorio Caprara, G., & Pastorelli, C. (1999). Locus of Control and Three Types of Aggression. *Aggressive Behavior*, 25, 61-65.
- Overall, J.E., & Pfefferbaum, B. (1982). The Brief Psychiatric Rating Scale for Children. *Psychopharmacology Bulletin*, 18, 10-16.
- Pampallona, S., Bollini, P., Tibaldi, G., Kupelnick, B., & Munizza, C. (2002). Patient adherence in the treatment of depression. *British Journal of Psychiatry*, 180, 104-109.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.

- Raghavan, R., Zima, B. T. Anderson, R.M., Leibowitz, A. A., Schuster, M. A., & Landsverk, J. (2005). Psychotropic Medication Use in a National Probability Sample of Children in the Child Welfare System. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15(1), 97-106.
- Rolland, J.P., (1998). *Inventaire de coping pour situations stressantes CISS* (manuel, adaptation française). Paris, Editions du centre de psychologie appliquée.
- Safer, D. J., Zito, J. M., & Fine, E. M. (1996). Increased methylphenidate usage for attention deficit disorder in the 1990s. *Pediatrics*, 98 (6), 1084-1088.
- Stein, M.B., Cantrell, C.R., Sokol, M.C., Eady, M.T., & Shah, M.B. (2006). Antidepressant Adherence and Medical Ressource Use Among Managed Care Patients With Anxiety Disorders. *Psychiatric Services*, 57(5), 673-680.
- Thiruchelvam, D., Charach, A., & Schachar, R. J. (2001). Moderators and Mediators of Long-Term Adherence to Stimulant Treatment in Children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(8), 922-928.
- The Research Units on Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group. (2003). Searching for Moderators and Mediators of Pharmacological Treatment Effects in Children and Adolescents With Anxiety Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(1), 13-21.
- Trostle, J.A., (1998). Medical Compliance as an Ideology. *Social Sciences and Medicine*, 27(12), 1299-1308.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques : Implications pour la recherche en langue française. *Psychologie Canadienne*, 30, 662-680.

- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26(5), 331-342.
- Williams, R. A., Hollis, H. M., & Benoit, K. (1998). Attitudes toward psychiatric medications among incarcerated female adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(12), 1301-1307.
- World Health Organization Takes Problem of Poor Treatment Adherence. (2003). *Psychiatric Services*, 54(7), 1052-1053.
- Wyss, C.A., Voelker, S.L., Cornock, B.L., & Hakim-Larson, J. (2003). Psychometric properties of a French-Canadian Translation of Achenbach's Youth Self-Report. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 35(1), 67-71.
- Zima, B.T., Bussing, R., Crecelius, G.M., Kaufman, A., & Belin, T.R. (1999). Psychotropic medication use among children in foster care: relationship to severe psychiatric disorders. *American Journal of Public Health*, 89(11), 1732-1735
- Zito, J. M., Safer, D. J., DosReis, S., Gardner, J. F., Magder, L., Soeken, K., Boles, M., Lynch, F., & Riddle, M. A. (2003). Psychotropic practice patterns for youths: a 10-years perspective. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 157 (1), 17-25.

Annexe 1

Grille d'évaluation des comportements et des attitudes face à la médication psychotrope (ÉCAOPP)

Partie 1

Pour chacun des médicaments, remplir les 4 questions suivantes :

- A) Nom du médicament :
B) Pourquoi prends-tu ce médicament ?

1. Par rapport à ce premier motif de prescription (raison pour laquelle on te l'a prescrit), est-ce que ce médicament t'aide

- ⁴ ☐ Oui, beaucoup (toujours)
³ ☐ Oui, la plupart du temps (plus de la moitié du temps)
² ☐ Oui, la moitié du temps
¹ ☐ Oui, un peu (moins de la moitié du temps)
⁰ ☐ Non, pas du tout

2. De manière globale, dans ta vie quotidienne (par exemple : relations avec tes amis, à l'école, dans ton sommeil), est-ce que ce médicament t'aide?

- ⁴ ☐ Oui, beaucoup (toujours)
³ ☐ Oui, la plupart du temps (plus de la moitié du temps)
² ☐ Oui, la moitié du temps
¹ ☐ Oui, un peu (moins de la moitié du temps)
⁰ ☐ Non, pas du tout

Partie 2

Répondre aux questions suivantes en tenant compte de l'ensemble des médicaments prescrits

3. Acceptation du (des) médicament(s) ou traitement médical (pharmacologique) – médicaments psychotropes :

- ⁵ ☐ J'accepte mon (mes) médicament(s) et je le(s) demande spontanément.
⁴ ☐ J'accepte mon (mes) médicament(s) sans résistance, mais je ne le(s) demande pas.
³ ☐ Je coopère en prenant mon (mes) médicament(s), mais je n'aime pas le(s) prendre.
² ☐ J'ai besoin d'encouragements ou de récompenses pour prendre mon (mes) médicament(s), mais je n'ai pas besoin de pressions pour le(s) prendre.
¹ ☐ J'ai besoin parfois de pressions pour prendre mon (mes) médicament(s). Ce n'est pas parce que j'ai des problèmes avec un ou des membre(s) du personnel.
⁰ ☐ Je refuse souvent de prendre mon (mes) médicament(s). Le recours aux pressions est souvent nécessaire.

4. Observance du traitement :

- ⁵ ☐ Je prends toujours mon (mes) médicament(s) (avec ou sans encouragements et/ou menaces).
⁴ ☐ Je prends très souvent mon (mes) médicament(s) (3 fois sur 4).
³ ☐ Je prends souvent mon (mes) médicament(s) (1 fois sur 2).
² ☐ Je prends parfois mon (mes) médicament(s) (1 fois sur 4).
¹ ☐ Je prends rarement mon (mes) médicament(s) (moins d'une fois sur 4).
⁰ ☐ Je ne prends jamais le(s) médicament(s) qui m'est (me sont) prescrit(s).

5. J'ai des effets secondaires (maux de tête, nausées, bouche sèche, difficultés de sommeil, fatigue, etc.) entraînés par mon (mes) médicament(s) :

- ⁵○ Toujours.
- ⁴○ Très souvent (3 fois sur 4)
- ³○ Souvent (1 fois sur 2)
- ²○ Parfois (1 fois sur 4)
- ¹○ Rarement (moins d'une fois sur 4)
- ⁰○ Jamais

6. Je recrache mon (mes) médicament(s) :

- ⁵○ Toujours.
- ⁴○ Très souvent (3 fois sur 4)
- ³○ Souvent (1 fois sur 2)
- ²○ Parfois (1 fois sur 4)
- ¹○ Rarement (moins d'une fois sur 4)
- ⁰○ Jamais

7. Je cache/dissimule mon (mes) médicament(s) :

- ⁵○ Toujours.
- ⁴○ Très souvent (3 fois sur 4)
- ³○ Souvent (1 fois sur 2)
- ²○ Parfois (1 fois sur 4)
- ¹○ Rarement (moins d'une fois sur 4)
- ⁰○ Jamais

8. J'accumule (garde) mon (mes) médicament(s) :

- ⁵○ Toujours.
- ⁴○ Très souvent (3 fois sur 4)
- ³○ Souvent (1 fois sur 2)
- ²○ Parfois (1 fois sur 4)
- ¹○ Rarement (moins d'une fois sur 4)
- ⁰○ Jamais

9. Il m'est déjà arrivé (même si c'est seulement une fois) de donner à d'autres ou de vendre mon (mes) médicament(s) :

- ¹○ Oui
- ⁰○ Non

10. Il arrive parfois que les gens trouvent difficile de prendre leur médication tel que prescrit par leur médecin. « Tel que prescrit » signifie prendre constamment la dose de médicament dicté par votre médecin, au(x) moment(s) dicté(s) par votre médecin. Veuillez indiquer l'énoncé qui décrit le mieux la façon dont vous vous sentez présentement quant au fait de prendre votre médication tel que prescrite.

- ⁰○ Je ne prends pas ma médication tel que prescrite et, présentement, je n'envisage pas de le faire.
- ¹○ Je ne prends pas ma médication tel que prescrite mais, présentement, j'envisage de le faire.
- ²○ Je ne prends pas ma médication tel que prescrite mais je prévois commencer à le faire.
- ³○ Présentement, je prends constamment ma médication tel que prescrite, toutefois je le fais depuis moins de six mois.
- ⁴○ Présentement, je prends constamment ma médication tel que prescrite et je l'ai fait depuis au moins six mois.

11. Je pense que les médicaments donnés par les psychiatres (pédopsychiatres) sont généralement efficaces.

- ⁴ ☐ Fortement en accord.
- ³ ☐ Moyennement en accord.
- ² ☐ Neutre ou indécis.
- ¹ ☐ Moyennement en désaccord.
- ⁰ ☐ Fortement en désaccord.

12. Je pense que les médicaments donnés par les psychiatres (pédopsychiatres) sont généralement bons pour la santé physique.

- ⁴ ☐ Fortement en accord.
- ³ ☐ Moyennement en accord.
- ² ☐ Neutre ou indécis.
- ¹ ☐ Moyennement en désaccord.
- ⁰ ☐ Fortement en désaccord.

13. Je pense que les médicaments donnés par les psychiatres (pédopsychiatres) sont généralement bons pour la santé mentale.

- ⁴ ☐ Fortement en accord.
- ³ ☐ Moyennement en accord.
- ² ☐ Neutre ou indécis.
- ¹ ☐ Moyennement en désaccord.
- ⁰ ☐ Fortement en désaccord.

14. De manière générale, je pense que les gens qui prennent des médicaments pour leurs comportements ou leurs émotions prennent les bons moyens pour régler leurs problèmes.

- ⁴ ☐ Fortement en accord.
- ³ ☐ Moyennement en accord.
- ² ☐ Neutre ou indécis.
- ¹ ☐ Moyennement en désaccord.
- ⁰ ☐ Fortement en désaccord.

Article 5

Drogues proscrites et médicaments psychotropes prescrits chez les adolescents hébergés
en centres de réadaptation

Catherine Laurier

Johanne Collin

Denis Lafortune

Déclaration des coauteurs

Étudiante : Catherine Laurier

Unité académique : Département de psychologie, Faculté des arts et des sciences

Grade postulé : Ph.D. Psychologie – recherche

Le cinquième article est intitulé « Drogues proscrites et médicaments psychotropes prescrits chez les adolescents hébergés en centres de réadaptation ».

Cet article sera soumis à Sciences Sociales et Santé.

Laurier, C., Collin, J., & Lafortune, D. Drogues proscrites et médicaments psychotropes prescrits chez les adolescents hébergés en centres de réadaptation .

À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que Catherine Laurier inclut cet article dans sa thèse de doctorat qui a pour titre *Étude de l'observance de la médication psychotrope chez les adolescents hébergés en centres de réadaptation*.

Johanne Collin, Ph.D.
Coauteur

26 sept 2006
Date

Denis Lafortune, Ph.D.
Coauteur

26 sept 2006
Date

Drogues proscrites et médicaments psychotropes prescrits chez les adolescents hébergés
en centres de réadaptation

Catherine Laurier, M.Ps.¹, Johanne Collin, Ph.D.², Denis Lafortune, Ph.D.³ *

1 : Candidate au doctorat, Département de psychologie, Université de Montréal.

2 : Professeur, Département de pharmacie, Université de Montréal.

3 : Professeur, École de Criminologie, Université de Montréal.

* Adresse de correspondance [REDACTED]
Université de Montréal
École de Criminologie
C.P. 6128 Succ. Centre-Ville
Montréal, Québec, Canada
H3C 3J7

Résumé

À partir d'une étude qualitative, nous explorons dans cet article la façon dont les représentations des adolescents hébergés en centres de réadaptation modulent leur observance de la prescription psychopharmacologique. Pour ce faire, nous examinons les représentations entretenues par ces adolescents quant aux substances psychotropes prescrites et proscrites dans ce contexte d'autorité. Le discours des adolescents rencontrés souligne la perméabilité de la frontière entre drogues proscrites et médicaments psychotropes prescrits. Les réactions et les positions prises envers les drogues et les médicaments, associées à l'appréhension des normes et des règles émanant des différents contextes, mettent en évidence la perception de contrôle et de régulation attribuée aux substances psychotropes par les adolescents hébergés en centres de réadaptation.

Mots-clés : observance, adolescents, médicaments psychotropes, drogues, institutions, régulation.

Abstract

Using qualitative analysis as a basis, this article explores the way in which the representations held by adolescents living in rehabilitation centres modulate their compliance with a psychopharmacological prescription. To achieve this, we examine representations maintained by the adolescents regarding the psychotropic medications prescribed and illicit drugs, within the perspective of the context of authority in which those adolescents are developing. The discourse of the adolescents studied highlights the permeability of the frontier between banned drugs and prescribed psychotropic medications. The reactions and positions held regarding drugs and medications, combined with an awareness of norms and rules originating from various contexts, emphasize the perception of control and regulation ascribed to psychotropic substances by adolescents living in rehabilitation centres.

Keywords : compliance, adolescents, medications, drugs, institutions, regulation.

Drogues proscrites et médicaments psychotropes prescrits chez les adolescents hébergés en centres de réadaptation

Introduction

Les adolescents sont de plus en plus susceptibles de recevoir une prescription de médicaments psychotropes (Scharf & Williams, 2006). Au Québec, ce sont 36% des adolescents hébergés en centres de réadaptation des Centres Jeunesse¹ des régions de Montréal, de Laval et de la Montérégie, pour qui au moins un médicament psychotrope était prescrit en 2001 (Lafortune, Laurier & Gagnon, 2004). Malgré cette forte proportion de mineurs ayant une prescription psychopharmacologique, très peu d'études ont été réalisées sur leur observance de la médication psychotrope (Hack & Chow, 2001). De surcroît, celles visant les jeunes en centres de réadaptation sont encore plus rares. Une des spécificités de la consommation de médicaments psychotropes par les adolescents hébergés dans ces institutions réside dans le fait que la responsabilité de l'observance des prescriptions ne leur incombe pas exclusivement, mais relève également des éducateurs. En effet, au sein des centres de réadaptation, la prise en charge des adolescents se caractérise par une série d'interventions en contexte d'autorité; les adolescents y sont placés sous une surveillance dont le degré et l'intensité varient selon le type d'encadrement (i.e. ouvert ou fermé). Ceci diffère significativement de la situation qui prévaut pour les adolescents demeurant dans leur milieu familial, où la responsabilité de la consommation de médicaments leur revient, ou revient à leurs parents. Bien qu'il soit essentiel de connaître, pour cette clientèle mineure, les

¹ Pour identifier en quelques mots la population desservie par les Centres Jeunesse du Québec, rappelons qu'en 1998, le Conseil québécois d'agrément a confié quatre missions spécifiques à ces établissements: la délinquance juvénile, la protection de la jeunesse, les services particuliers (adoption, retrouvailles, expertise à la Cour, médiation familiale) et le développement des réseaux de milieux de vie substituts.

médicaments de même que les doses qui sont prescrits, il importe de retenir qu'ils ne sont pas toujours consommés en respect des indications du médecin (le plus souvent un pédopsychiatre dans la situation qui nous intéresse). En effet, le taux de patients non adhérents à leur traitement, dans diverses situations cliniques, se situe entre 30 et 60% (i.e. Bastiaens, Chowdhury & Gitelman, 2000; Baumann, Baumann & Alla, 2004; Becker & Mainman, 1975; Conrad, 1985; DiMatteo, 1994; Dosreis et al., 2003; Leo, Jassal & Bakhai, 2005; Meichenbaum & Turk, 1987; Mercier, 1989; Sher, McGinn, Sirey & Meyers, 2005; Thiruchelvam, Charach & Schachar, 2001; Vermeire, Hearnshaw, Van Royen & Denekens, 2001; Winnick, Lucas, Hartman & Toll, 2005).

À partir d'une étude qualitative, nous explorerons dans cet article les représentations des adolescents hébergés en centres de réadaptation pouvant moduler leur observance de la prescription psychopharmacologique. Pour ce faire, nous examinerons les représentations entretenues au sujet des médicaments psychotropes prescrits et celles concernant les drogues illicites de ces adolescents évoluant au sein d'un contexte d'autorité.

L'observance de la médication, un concept nébuleux

Outre le contexte particulier caractérisant les centres de réadaptation, la notion même d'observance est ambiguë à plus d'un titre. Tout d'abord, au niveau de l'appréhension du phénomène, bien que les préoccupations relatives à l'observance soient implicites depuis très longtemps dans la profession médicale (Lerner, 1997), il semble que ce ne soit qu'au cours des années 1970 que le discours pour s'y référer soit devenu plus scientifique et professionnel. L'élaboration des « Health Belief Models » (Becker & Mainman, 1975) a constitué un point tournant dans la modélisation de cette

notion. Ces modèles définissent l'observance comme étroitement liée à la perception qu'entretient le patient de sa vulnérabilité à la maladie, de la sévérité et des conséquences de celle-ci, ainsi que des bénéfices et des conséquences pouvant découler du traitement (Becker & Mainman, 1975; Conrad, 1985; DosReis et al., 2003 ; Vermeire et al., 2001). Dès lors, la prise en compte de la perspective du patient a permis une compréhension plus juste des motivations sous-tendant ses comportements. Dans ces modèles, outre les croyances du patient par rapport (i) à la maladie en général et (ii) à la maladie dont il est atteint, il est nécessaire d'examiner ses croyances par rapport (iii) aux médicaments en général et (iv) aux médicaments qui lui sont prescrits. Quand les « Health Belief Models » sont appliqués à la pharmacothérapie, il importe d'envisager que le patient interprète à sa façon les prescriptions du médecin, puisqu'il a déjà développé ses propres pratiques par rapport au médicament et ce, en fonction de ses croyances et de ses perceptions (Vermeire et al., 2001).

Confusion sémantique autour de la notion d'observance

La définition de l'observance proposée par Haynes en 1979 est encore utilisée par de nombreux auteurs (i.e. Conrad, 1985; McDonald, Garg & Haynes, 2002; Ross, 1991; Trostle, 1998); il s'agit de « la mesure selon laquelle le comportement d'un individu (en ce qui a trait à une médication, un régime ou un changement de mode de vie) correspond aux recommandations ou prescriptions du médecin » (p.2). Une recension des écrits sur le sujet (Laurier et Lafortune, sous presse) révèle le caractère plurivoque de cette notion, comme l'illustrent les nombreuses appellations équivalentes, telles que adhésion, adéquation, *compliance* ou obéissance, et les multiples définitions mettant tantôt l'accent sur l'adhésion et le consentement éclairé du patient, tantôt sur sa

soumission aux consignes médicales (i.e. Baillargeon, Contreras, Grady, Black & Murray, 2000; Baumann & Trincard, 2002; Britten, 1998; Conrad, 1985; Dixon, Weiden, Torres & Lehman, 1997; Fawcett, 1995; Grasset, Bonvin & Pomini, 2000; Haynes, 1979; Lerner, 1997; Ross, 1991; Sleator, 1985; Vermeire et al., 2001 Willey et al., 2000).

Les déterminants multiples de l'observance

En outre, il apparaît que l'observance de la prescription psychopharmacologique est un phénomène complexe qui relève de plusieurs facteurs : les caractéristiques personnelles du patient, l'attitude des personnes significatives dans son environnement, la nature de la maladie, le traitement lui-même et la relation médecin-patient (Laurier et Lafortune, sous presse). De façon plus spécifique, il est probable que les caractéristiques propres à la situation d'hébergement des adolescents en centres de réadaptation, modifient la configuration des facteurs contribuant généralement à l'observance. Il importe donc de se pencher sur le contexte d'autorité dans lequel est prescrit le médicament, ainsi qu'à l'influence possible de ce contexte, autant sur les conduites que sur les attitudes d'observance présentées. En raison de cette complexité, l'appréhension adéquate du phénomène exige le recours à plusieurs méthodes d'analyse et d'évaluation.

Ainsi, la méthodologie qualitative et les entretiens semi-dirigés enrichissent les résultats obtenus par les questionnaires structurés, en donnant accès aux motivations intrinsèques et extrinsèques des participants. L'angle d'analyse de la méthodologie qualitative permet alors de considérer l'observance comme une situation et non un comportement qu'il s'agirait de prédire par une analyse quantitative. Dans cette optique, l'observance comme situation réfère aux représentations des participants concernant

l'aide apportée par les prescriptions de médicaments psychotropes, lesquelles s'inscrivent dans leur histoire personnelle.

Le « prescrit » et le « proscrit », deux notions à préciser

La représentation des substances psychotropes par les adolescents constituera un premier axe d'interprétation des données recueillies. L'exploration des attitudes liées à la consommation des substances prescrites et prosrites constitue une particularité de cette recherche. Ainsi, tous les adolescents rencontrés ont pu discuter de leurs comportements et de leurs opinions attenants à la fois aux drogues illicites et aux médicaments psychotropes, imposant cet angle d'analyse pour la compréhension des attitudes à l'égard de ces diverses substances psychotropes. À ce titre, notre démarche consistera à mettre en relation les attitudes envers les drogues prosrites et les médicaments prescrits.

La mise en relation des représentations des règles et normes régissant la consommation des substances prosrites d'une part, et de celles qui régissent la consommation des substances prescrites d'autre part, conduit à une réflexion sur le passage du prescrit² au proscrit³ et réciproquement du proscrit au prescrit.

Tout d'abord, les comportements qui relèvent du respect de la proscription apparaissent plus étendus que ne le sont ceux associés à l'observance de la prescription. Plus spécifiquement, dans le cas d'une proscription, puisque les comportements « bannis » sont ceux décrits, une pluralité de comportements est acceptée ou tolérée, du moment que ceux-ci ne la transgressent pas. En relation à la consommation de

² Selon *Le Nouveau Petit Robert*, la définition de prescrit : « Qui est imposé, fixé ».

³ Selon *Le Nouveau Petit Robert*, la définition de proscrit : « Qui est frappé de proscription »; « banni, exilé ».

substances, l'individu consomme celles de son choix, pourvu qu'il ne s'agisse pas de celles proscrites. Dans le cas d'une prescription, l'individu n'a pas le choix du comportement à adopter puisqu'il doit se soumettre spécifiquement à ce qui lui est imposé. Ainsi, plus une prescription concerne un nombre important de comportements, moins la personne qui la reçoit ne dispose de marge de manoeuvre quant aux comportements qu'elle peut se permettre d'adopter si elle désire respecter ladite prescription (par exemple, la prescription d'antidépresseurs s'accompagne d'un interdit de consommation d'alcool).

Entre drogues proscrites et médicaments psychotropes prescrits :
une frontière perméable

Bien que les drogues soient proscrites et que les médicaments prescrits, la distinction entre drogues et médicaments psychotropes apparaît nébuleuse. Au niveau de sa définition, une substance analogue peut être considérée tantôt comme une drogue, tantôt comme un médicament psychotrope selon l'époque, le lieu et le contexte, témoignant de l'importance des déterminants culturels pour sa conceptualisation. Pour Ehrenberg (1991, 1992, 1998), l'ambiguïté entre drogues et médicaments découle principalement de la fonction de ces substances psychotropes : thérapeutiques dans certains cas, elles seront dites de « confort » ou de « performance » dans d'autres. Le tout se complique notamment par l'absence de distinction claire entre normal et pathologique. On retiendra en effet que les médicaments psychotropes sont prescrits pour « médicaliser » les maux de l'esprit humain éprouvés au-delà de limites acceptables (par exemple, il est normal d'être triste dans certaines situations, mais la prolongation de cet état peut conduire à la dépression et entraîner une prescription d'antidépresseurs). Le

terme « *drugs* » (Berridge, 1998) employé pour désigner à la fois les médicaments et les drogues dans la langue anglaise, constituerait un exemple de ce phénomène d'association entre drogues illicites et médicaments psychotropes, même s'il n'est pas opératoire ou explicatif.

Interprétation de la prescription et de la proscription en fonction du contexte

Le milieu de vie, ou contexte, dans lequel vivent ou ont vécu les adolescents rencontrés, ainsi que son rôle dans l'évolution de leurs attitudes et conduites au sujet de la prescription de médicaments psychotropes, constitue un second axe d'interprétation. Les centres de réadaptation, comme milieu institutionnel, le contexte familial d'origine, comme milieu naturel, ainsi que la société en général seront mis en perspective afin d'analyser la façon dont s'articulent la compréhension et l'intériorisation potentielle des normes sociales chez les adolescents. Cette dimension aidera de ce fait à comprendre le contexte dans lequel s'inscrit la réalité de la prescription d'un médicament psychotrope. Il est important de prendre en compte la place de l'institution dans le rapport prescrit-proscrit puisqu'il s'agit du lieu où vivent ces adolescents, où se jouent les enjeux relatifs à la consommation des médicaments (prescription, modalités de distribution) et où sont présents les acteurs qui en assurent la distribution. Ainsi, au rapport initial de prescription-proscription de substances, s'ajoutent de nouveaux rapports portant sur les conduites tant promues que prohibées selon le contexte.

Les normes familiales des adolescents délinquants sont parfois elles-mêmes imprégnées de déviance comme l'ont mis en évidence Brunelle, Cousineau et Brochu (2002a, 2002b). Ces jeunes peuvent être influencés de diverses manières par le style de vie préconisé dans leurs familles et ainsi, adopter et reproduire les comportements types

de leurs proches. C'est donc au sein de la famille et en continuité avec les normes de cette dernière que se met en place l'identité déviante de ces adolescents.

En ce qui a trait à la consommation de drogues illicites dans la société, les règles semblent plus souples qu'elles ne le sont au sein des centres de réadaptation. Du point de vue judiciaire, si l'on prend le cas du cannabis pour exemple, bien que sa possession et sa culture soient toujours illégales au Canada – exception faite d'utilisations scientifiques ou médicales –, il n'en demeure pas moins que l'application des lois quant à sa possession en petite quantité devient de plus en plus souple (jusqu'à 15g de marijuana et 1 g de résine de cannabis – projet de loi C-38 concernant la marijuana et la résine de cannabis) (Bertrand, 2004). Certains des adolescents rencontrés dans le cadre de cette étude sont bien informés de ces faits.

L'hébergement en centres de réadaptation est à considérer comme un contexte modulant à la fois les attitudes des adolescents vis-à-vis des médicaments qui leur sont prescrits et celles concernant les drogues prosrites. En effet, en tant qu'institution totalitaire telle qu'entendue par Goffman (1968), les centres de réadaptation représentent non seulement une prescription d'hébergement, mais dans la mesure où celle-ci définit un contexte de vie, elle s'accompagne d'une proscription générale interdisant tout autre comportement que celui prescrit dans ce cadre. En centres de réadaptation, où l'application de l'autorité est au cœur de l'intervention, les règles sont claires, explicites et concernent de surcroît tous les aspects de la vie de l'adolescent qui y est hébergé (heures de lever et de coucher, horaires quotidiens, comportements, tenue vestimentaire et langage admis, etc.). Les centres de réadaptation constituent en effet un milieu au sein duquel les règles, obéissant à un objectif de réhabilitation des adolescents hébergés,

se doivent d'être explicites; ces institutions peuvent donc être considérées de ce point de vue comme appliquant une « sur-norme » par rapport aux normes communément acceptées dans la société.

En ce qui concerne plus précisément les drogues illicites dans les centres de réadaptation, la possession et la consommation de ces substances sont formellement interdites. De plus, puisque les aspects touchant la consommation des médicaments psychotropes prescrits font fréquemment partie du plan d'intervention des adolescents, ces derniers doivent se conformer à la fois aux proscriptions et aux prescriptions afin de ne pas prolonger leur séjour en centres de réadaptation, d'éviter des punitions ou de bénéficier de récompenses. En conséquence, on remarquera que les centres de réadaptation sont plus stricts que ne l'est la société en général, tant en ce qui a trait aux proscriptions qu'aux prescriptions, qui y sont appliquées de façon plus systématique.

Par la manière dont les adolescents intériorisent les règles et leurs modalités d'application, le milieu des centres de réadaptation manifeste des balises explicites qui encadrent une prescription beaucoup plus définie. En effet, ce contexte fait office de lieu circonscrit, pourvu d'acteurs significatifs (les intervenants), dont les rôles à l'égard du jeune – veiller à l'application des règles et du plan d'intervention – sont clairs et explicites. Le jeune reçoit une prescription psychopharmacologique qui lui est propre : elle comporte une posologie, un horaire et une fréquence à respecter, établis en fonction de l'individu et des problèmes visés. Dans cette optique, les centres de réadaptation désignent un intervenant qui veille au respect de la prescription, voire à l'obtention d'un conformisme chez le jeune, phénomène absent dans la société en général, où nul n'est assigné à titre de représentant pour rappeler explicitement et à un moment précis les

substances qu'un individu peut ou doit s'abstenir de consommer. Le comportement d'observance de la prescription psychopharmacologique dans l'institution s'inscrit donc au cœur même de cette situation qui ne favoriserait pas nécessairement l'intériorisation d'une motivation intrinsèque à se conformer aux règles, mais plutôt une motivation extrinsèque visant à éviter les conséquences néfastes qui découleraient d'un non-respect des consignes. On parlera ainsi beaucoup plus de règles de vie auxquelles l'adolescent décide de se conformer, plutôt que de normes intériorisées.

Méthodologie et constitution de l'échantillon

Quinze adolescents ont été rencontrés dans le cadre de cette recherche. Ils ont été sélectionnés selon une stratégie d'échantillonnage par contraste, afin de diversifier les situations pouvant être rencontrées parmi le groupe des participants et ainsi, assurer une représentativité des données qui en découlent (Pires, 1997). Cette méthode implique le recours à des variables stratégiques, déterminées en fonction de certaines caractéristiques des adolescents hébergés en centres de réadaptation. Les variables stratégiques retenues afin d'assurer la diversification dans le cadre de cette étude, sont les suivantes : l'attitude générale face à la médication psychotrope prescrite⁴, le type d'hébergement en centres de réadaptation et le sexe. La répartition des participants selon ces dernières variables est présentée dans le tableau 1 en annexe.

L'« attitude générale face à la médication prescrite » a été préalablement évaluée selon ce qui a semblé globalement se dégager de l'attitude générale des adolescents lors

⁴ Il est important ici de distinguer l'attitude envers le médicament ayant servi à constituer l'échantillon en tant que variable stratégique de l'objectif de cet article qui est l'évaluation des motivations internes des adolescents interrogés. Alors que la première constitue une variable de sélection, l'autre constitue l'interprétation des données.

de l'administration de questionnaires dans une phase précédente de cette étude⁵. Deux groupes ont ainsi été constitués à partir de l'attitude générale des adolescents (validés par les résultats obtenus à la sous-échelle « attitude » de l'ECAOPP) : les adolescents ayant une attitude positive envers la médication prescrite et les adolescents ayant une attitude négative face à celle-ci. Le type d'hébergement en centres de réadaptation est la seconde variable stratégique et elle a permis de regrouper les adolescents selon le type d'hébergement : en milieux ouverts (fréquemment appelés encadrement globalisant), ou en milieux fermés (ou encadrement intensif). Cette distinction a été retenue puisque les adolescents se retrouvant dans l'un ou l'autre de ces types d'hébergement présentent des problématiques différentes; aux milieux fermés correspondent généralement des problématiques plus lourdes. Finalement, le choix de la variable sexe comme facteur de diversification, a permis la constitution d'un échantillon équilibré entre les garçons et les filles. Cette distinction a été établie puisque les problématiques présentées par les garçons et les filles sous médication et hébergés en centres jeunesse tendent à différer passablement (Laurier, Lafortune & Collin, en préparation).

Sept garçons et huit filles âgés de 14 à 17 ans (moyenne : 15 ans 10 mois) hébergés en centres de réadaptation (sept en unité de type « globalisant » ou ouvert et huit en unité de type « intensif » ou fermé) constituent l'échantillon. Ils proviennent de deux régions en périphérie de Montréal (2 sont originaires de la région de Lanaudière et les 13 autres de la Montérégie). Lors des entretiens, ils ont tous au moins une

⁵ Cette étude a pris place dans une recherche doctorale comportant une phase quantitative visant à identifier les facteurs prédisant l'observance à la prescription psychopharmacologique dans laquelle 151 adolescents ont été rencontrés. L'échantillon qualitatif utilisé ici a été recruté parmi ces 151 adolescents ayant préalablement rempli des questionnaires auto-administrés dont l'ECAOPP (Laurier et Lafortune, 2006) ce qui a permis d'obtenir des informations plus standardisées par rapport à leurs comportements et attitudes d'observance et de les situer dans une courbe de distribution pour ces mêmes attitudes et comportements d'observance (présentée à la figure 1, annexe 1).

prescription de médicaments psychotropes. Les deux types de médicaments les plus fréquemment prescrits sont les antipsychotiques (pour 8 adolescents) et les psychostimulants (pour 7 adolescents). Trois participants reçoivent une multimédication, soit une combinaison de trois molécules, alors que pour les 12 autres participants, la prescription est simple.

Les entretiens, d'une durée de 1h à 2h, se sont déroulés dans les centres de réadaptation où étaient hébergés les adolescents. La consigne de départ est présentée à l'annexe 1. Les principaux thèmes abordés concernaient d'abord les problèmes ayant mené à l'hébergement en centres de réadaptation et les problèmes actuels vécus par ces jeunes. Ensuite, étaient discutées les opinions et les attitudes de ces mêmes jeunes face aux médicaments prescrits, ainsi que leurs opinions et leurs expériences passées, présentes et projetées en relation à la consommation de drogues.

Le logiciel N'Vivo a été utilisé pour réaliser ce travail. Ce logiciel d'analyse a permis la catégorisation du corpus des entretiens. Dans un premier temps, un codage spécifique a été attribué à chacun des extraits relevant d'un même thème. Les catégories de codage ont été déterminées par les auteurs de cet article et ont fait l'objet de discussions, de raffinements de l'analyse et d'accords concernant les catégories émergentes. L'analyse de contenu de chacun des entretiens préalablement retranscrits s'est d'abord effectuée de manière verticale (un entretien à la fois), ce qui a permis de structurer le matériel recueilli selon des catégories de codage, validées après discussion et accord inter-juge avec un des co-auteurs de cet article. Puis, dans un second temps, à partir des catégories ainsi identifiées, une analyse transversale a ensuite été réalisée de

façon inductive, par des allers et retours entre les concepts et les verbatims, permettant une catégorisation reposant sur le sens des concepts émergeants.

L'expérience subjective d'observance de la prescription

De « médicaments » à « drogues »

À partir des témoignages des jeunes rencontrés dans le cadre de cette recherche, il a été étonnant de constater la récurrence des associations spontanées – faisant écho aux croyances et opinions véhiculées par les médias – entre les substances prescrites (les médicaments psychotropes) et les substances prosrites (les drogues), dont les effets sont considérés similaires. Il importe de préciser que dans cet échantillon, la presque totalité des adolescents (14/15) possèdent une connaissance à la fois de la consommation de drogues et de la consommation de médicaments psychotropes, les ayant expérimentés.

Ainsi, lorsque nous lui demandons son opinion au sujet des médicaments psychotropes, Éric fait spontanément le lien avec la drogue (*Éric : « C'est sûr que le Ritalin [méthylphénidate] c'est une sorte de drogues »*). Il est généralement plus aisé pour les adolescents d'entrevoir les effets néfastes de la consommation de médicaments psychotropes, que ceux découlant de leur consommation de drogues, comme l'illustrent les paroles d'Ariane.

Ariane : « J'trouve ça stupide, il y a des pilules pour stabiliser ton agressivité, stabiliser ton humeur. J'me demande si c'est vraiment vrai. Et il y a toutes sortes de pilules, il y en a, pour ça, pour ça, pour ça. J'suis en train de me demander si c'est pire prendre de la drogue ou prendre des médicaments. »

Plusieurs adolescents soulèvent la question de la dépendance, s'interrogeant sur la possibilité que la consommation de médicaments psychotropes, à l'instar de la

consommation de drogues, génère une dépendance; phénomène qui fût aussi remarqué au sein de l'échantillon de Haxaire, Brabant-Hamonic et Cambon (1998).

Attitudes et représentations personnelles envers les drogues proscrites

L'analyse des attitudes et des comportements des adolescents à l'endroit des drogues illicites permet de relever trois cas distincts : (1) certains entretiennent une « attitude totalement négative », ils considèrent les drogues comme des substances entièrement néfastes et veulent s'abstenir de toute consommation; (2) d'autres ont une « attitude totalement positive », ils considèrent que les drogues sont des substances acceptables qu'elles soient dures ou douces et n'envisagent pas de cesser leur consommation; (3) un dernier groupe fait preuve d'une « auto-gestion de la consommation de drogues », ces adolescents entretiennent une attitude plus nuancée et des comportements plus discriminants dans leur consommation (ils acceptent par exemple un usage occasionnel de drogues douces telles le cannabis, mais entretiennent une attitude négative envers les drogues plus dures).

Les adolescents du groupe « attitude entièrement négative », ont tous déjà consommé des drogues illicites à au moins une occasion, à l'exception d'une jeune fille. Hormis cette adolescente, tous ont déjà eu des expériences de consommation de drogues, expliquant plus ou moins, selon eux, leurs attitudes négatives actuelles envers ce type de substances. Pour certains, des problèmes de consommation de drogues ont contribué en grande partie à leur placement. À titre d'exemple, Éric explique qu'il ne compte plus consommer de drogues, puisqu'il sait *maintenant où cela l'a mené* et veut modifier ce style de vie. Il appert donc que des expériences difficiles en lien avec la consommation de drogues, motivent certains adolescents à prendre les mesures nécessaires pour que

leur vie ait dorénavant un sens à l'extérieur de l'univers – déviant – qui était le leur jusqu'à tout récemment.

Seuls deux adolescents n'émettent aucune réserve au sujet de la consommation de drogues; leur attitude à cet égard est « totalement positive ». Caroline, en raison des relations qu'elle entretient avec des responsables du réseau de distribution, a accès à de la drogue à moindre coût, ce qui à ses yeux justifie et motive sa consommation régulière. Quant à Philippe, il ne justifie pas sa consommation et se contente de dire qu'à ses yeux, aucune raison valable ne peut l'inciter à s'arrêter.

Les adolescents faisant partie du groupe « auto-gestion de la consommation de drogues » formulent divers arguments pour justifier leur attitude plus nuancée que celle adoptée par ceux qui entretiennent une attitude totalement positive ou négative. Ainsi, pour certains de ces adolescents, le fait que la loi soit plus souple envers la possession de cannabis vient les conforter dans leur croyance que cette drogue est moins dommageable que les autres, comme l'illustre le propos de Mélina.

Mélina : « Le pot [cannabis], même si tu as 0.5 gramme dans tes poches, la police ne peut pas t'arrêter, parce que c'est pour une consommation personnelle. C'est la moins pire des drogues. Mais c'est la drogue que j'aime le plus. »

Pour d'autres adolescents, ce sont les effets présumés des différentes drogues sur l'organisme qui contribuent à « l'auto-gestion de leur consommation de drogues »⁶. Ainsi, Francis juge que les drogues douces comme le cannabis sont moins toxiques et

⁶ En effet, dans la population adolescente, on remarque une augmentation générale de la consommation de cannabis au cours des années 1990 (Adlaf, 2004). En effet, en 2001, ce n'était que 28,6% des élèves du secondaire qui étaient fortement opposés à goûter au cannabis une ou deux fois, comparativement à 43,2% en 1991 (Adlaf et Paglia, 2001 dans Adlaf, 2004), appuyant ainsi l'idée d'un assouplissement de la perception des risques associés au cannabis par les jeunes .

moins néfastes pour le corps, croyance corroborée dans ce cas-ci par l'exemple d'un oncle qui en consomme depuis longtemps et qui ne semble pas présenter de séquelle.

Francis : « Le pot [le cannabis] a un effet. Ses effets néfastes sont un peu les mêmes que ceux de la cigarette sauf qu'il y en a d'autres [des effets].[...] Moi j'prends du pot [cannabis], mon oncle il en fume depuis qu'il a quinze ans, puis il en fume encore ... »
« [...] [les drogues dures] c'est trop ça, pour ton cerveau, c'est mauvais là. Ton cerveau... c'est comme quand tu prends de la colle ou de l'essence ou bien des pilules c'est comme si tu ouvrais ton cerveau, comme si tu «l'oxygenais» de colle directement. »

Confrontation entre normes du milieu naturel et normes du milieu institutionnel

L'étude de l'histoire des adolescents permet de constater que certains ont pu être exposés ou confrontés à la déviance (délinquance, criminalité, consommation de drogues, etc.) de leurs parents, dès la petite enfance. Tout comme l'ont observé Brunelle et al. (2002a et 2002b) dans leur étude des adolescents consommateurs de drogues, certains des jeunes de notre échantillon ont été « témoins passifs » de la consommation de leurs parents. Dans notre recherche, le parent consommateur, même s'il n'est pas toujours tenu pour « responsable » à part entière des comportements de consommation de drogues de l'adolescent, est souvent perçu comme ayant eu une influence considérable par la valorisation implicite d'un mode de vie déviant. Pour certains, le souvenir de la consommation de leurs parents est bien prégnant, alors que pour d'autres, il est plus diffus. Le propos de Michelle résume l'influence que peut avoir le mode de vie des parents sur la situation de plusieurs des adolescents rencontrés.

Michelle : « Quand tu as vu ça toute ta vie, quelqu'un avec un joint dans la bouche puis une bière à côté là, comment veux-tu toi ne pas le devenir [drogué] après. Ce sont quand même des gros choix à faire. J'imagine que ça dépend aussi de la personnalité que l'on a... »

Par rapport aux normes et règles régissant les milieux de vie naturel et institutionnel des adolescents, il est possible d'interpréter les attitudes préalablement

énumérées des jeunes face à la drogue. Ainsi, l'attitude négative de certains adolescents face aux substances illicites pourrait témoigner d'une position de principe à l'égard des normes sociales et d'une volonté de se protéger d'un danger potentiel. En ce sens, être « contre la consommation de drogues » serait l'indication à la fois d'une rigidité dans la perception des normes sociales et d'un désir de se dégager d'un style de vie jugé dommageable. Les attitudes négatives envers les drogues illicites pourraient être une tentative de s'identifier à « la société » en misant sur une adhésion rigide aux normes. L'attitude positive vis-à-vis de la consommation de drogues pourrait à l'inverse être l'expression d'un défaitisme entretenu au sujet des normes et des lois régissant la vie en société. Il est possible d'avancer que l'univers de la déviance représente ce que ces jeunes connaissent le mieux et qu'ils ne sont pas prêts à le mettre de côté. Ainsi, un mode de vie déviant des parents, conjugué à leurs propres expériences de déviance, pourraient faire en sorte que pour ces adolescents, l'intégration des règles et des normes qui régissent la société implique la perte de leurs repères. Quant aux jeunes faisant preuve « d'auto-gestion face aux substances prosrites », ils ont diverses croyances relatives aux lois et aux risques encourus par la consommation pour leur santé physique. En plus de constituer la preuve qu'une consommation modérée de drogues n'est pas si dommageable à long terme, le propos de Francis rapporté plus tôt met de l'avant une sous-culture familiale libérale à l'égard de la consommation de drogues, laquelle influencerait ses attitudes à l'endroit de ces substances prosrites par la société. Il se dégage ainsi l'impression que les jeunes qui préconisent « l'auto-gestion de leur consommation de drogues » auraient intégré les règles et normes de la société, comme dans le cas des adolescents du premier groupe – en tenant compte de celles provenant à la fois de leur milieu naturel et du milieu institutionnel –, sans s'y conformer totalement

pour autant. En conséquence, il est possible d'y voir la crainte en regard d'un conformisme (se soumettre aux proscriptions) qui pourrait compromettre une partie de leur identité qui jusqu'alors était déviante. Être un adolescent consommateur pourrait en ce sens constituer la signature de l'appartenance à un groupe, comme l'illustre le propos de Jacob.

Jacob : « J'ai jamais été vraiment dépendant de la drogue, c'était plus pour faire comme mes amis, qui étaient avec moi et qui fumaient de la drogue. »

Attitudes en regard des substances psychotropes prescrites

Dans le cadre de cette recherche, les comportements d'observance auto-révélés par les adolescents ont été examinés. À la lumière des attitudes face aux drogues en tant que substances prosrites s'apparentant aux médicaments prescrits, et de l'influence du contexte (naturel et institutionnel) sur l'intériorisation de normes sociales, il est possible d'interpréter les comportements des adolescents face à leurs médicaments psychotropes comme résultant, du moins en partie, de la conjonction de ces influences. L'analyse des entretiens révèle ainsi deux groupes distincts.

Les sujets du premier groupe sont « strictement observants », c'est-à-dire qu'ils prennent toujours leurs médicaments tels qu'ils ont été prescrits par le médecin. Ceux du second groupe rapportent une certaine souplesse dans l'application des directives données par leur médecin, en fonction des circonstances ou des effets attribués aux médicaments. Afin de décrire ces adolescents ne suivant pas à la lettre les recommandations de leur médecin, nous avons privilégié la notion « d'auto-gestion », plutôt que celle « d'inobservance » de la prescription, reprenant ainsi la terminologie proposée par Conrad (1985). En effet, il est alors possible d'explorer les motifs sous-tendant « l'auto-gestion », plutôt que de se limiter au simple constat de non adhésion à la

prescription. Divers motifs sont mis de l'avant par les adolescents pour expliquer leurs comportements « d'observance stricte » ou « d'auto-gestion » des prescriptions.

Certains adolescents du groupe « observance stricte » ne précisent pas ce qui motive leur observance de la prescription. Cela suggère qu'ils se conforment aux consignes du médecin sans nécessairement avoir pris position sur la question. D'autres considèrent que leurs médicaments les aident réellement à mieux fonctionner. Un dernier sous-groupe est constitué de jeunes qui mentionnent n'être observants qu'en raison du contexte d'autorité et de l'obligation qui résulte du plan d'intervention établi par les intervenants du centre de réadaptation. S'il n'en tenait qu'à eux, ils ne respecteraient pas leurs prescriptions. En ce sens, ils cherchent d'abord et avant tout à s'éviter des conséquences négatives (réprimandes, interdictions de sorties, prolongement du séjour en centres de réadaptation, etc.). Ces adolescents ont donc une attitude négative envers leur médication, tout en démontrant une observance stricte de leur prescription. Ceci suggère que l'attitude envers le médicament et le comportement d'observance ne sont pas nécessairement congruents pour ces adolescents hébergés en centres de réadaptation. Il est possible d'observer l'impact de l'autorité émanant de ces institutions sur certains comportements d'observance stricte manifestés en dépit d'attitudes plus mitigées à l'égard de la prescription.

Au sein du second groupe (« auto-gestion des prescriptions de médicaments psychotropes »), les adolescents expliquent par différents motifs leurs comportements à l'égard de la prescription. Ainsi, quelques uns rapportent prendre leurs médicaments tel qu'indiqué lorsqu'ils sont surveillés, mais ne pas le faire lorsqu'ils sont seuls et plus libres d'agir comme ils le veulent. D'autres indiquent n'avoir besoin de leurs

médicaments qu'en centres de réadaptation, puisque les problèmes pour lesquels ces médicaments sont prescrits ne se manifestent pas à l'extérieur de l'institution (par exemple, des problèmes d'insomnie qui ne se manifestent qu'au centre de réadaptation). Ceci rappelle la question soulevée par Ehrenberg (1998) de la distinction entre les médicaments « de confort » et thérapeutiques. Certains décident de ne pas prendre leurs médicaments pour essayer de fonctionner de manière autonome ou pour « se tester » (Francis, au sujet du *risperdal*® [riperidone] : « *les fins de semaines, j'essaie de ne pas le prendre pour essayer de me contrôler tout seul* »). Autrement dit, ils négligent sciemment leurs prescriptions lorsqu'ils sont à l'extérieur des centres de réadaptation. Par ailleurs, le choix de se conformer ou non à une prescription peut être relié à l'acceptation des effets secondaires de chacun des médicaments. À titre d'exemple, une adolescente du groupe accepte de prendre sa *dexédrine*® (dextroamphétamine) puisqu'elle n'y voit pas d'inconvénient, mais refuse systématiquement de prendre le *zyprexa*® (olanzapine), qui lui est aussi prescrit, puisqu'elle y attribue un récent gain de poids important. Enfin, pour d'autres adolescentes, l'auto-gestion de la médication peut se manifester par l'accumulation de manière dissimulée des comprimés, suivie d'une consommation massive dans le but de ressentir des effets comparables à ceux des drogues illicites (ex: étourdissements, endormissement), soulignant une fois de plus l'ambiguïté existant entre ces substances.

À l'intersection de deux concepts analogues

Les analogies entre drogues et médicaments laissent envisager le lien de parenté entre la consommation par les adolescents de médicaments à l'intérieur d'un contexte d'autorité et la consommation de substances proscrites au sein d'une société. Deux

formes d'autorité peuvent ainsi être mises de l'avant: l'une prescrit la consommation d'un médicament psychotrope et l'autre proscrit la consommation de drogues illicites.

Le tableau 2 suivant résume les attitudes des adolescents rencontrés face (1) à la consommation de drogues et (2) aux médicaments psychotropes qui leur sont prescrits. Le premier constat porte sur le nombre de groupes se dégageant de cette association; sur une possibilité de six groupes (trois types d'attitudes face à la drogue et deux types de conduites face à la prescription du médicament), quatre émergent de l'échantillon. En effet, les adolescents ayant des attitudes totalement positives à l'égard des drogues ne se retrouvent jamais dans le groupe « observance face aux médicaments psychotropes », tandis que les adolescents ayant des attitudes totalement négatives envers les drogues, ne se retrouvent jamais dans le groupe « auto-gestion des médicaments psychotropes. »

Tableau 2

Représentations à l'égard de la consommation des substances proscrites et prescrites

| <u>Attitudes envers à la consommation de drogues</u> | <u>Attitudes en regard de la prescription de médicaments psychotropes</u> | | <u>Représentations globales des substances psychotropes</u> |
|--|---|---|---|
| Totalement négative | Observance | ➔ | <i>Se conformer à l'autorité : « Une question de principe »</i> |
| Totalement positive | Auto-gestion | ➔ | <i>Volonté de ne pas se conformer à l'autorité</i> |
| Auto-gestion | Observance Auto-gestion | ➔ | <i>Interprétation des règles en fonction d'une réflexion personnelle intégrée</i> |

« Une question de principe »

Un groupe d'adolescents présente une attitude totalement négative à l'égard des drogues et des comportements d'observance de leurs prescriptions de médicaments. Ce groupe se compose d'une part d'adolescents qui, malgré une perception mitigée de la

pertinence de leurs prescriptions, n'en dérogent jamais et d'autre part, de certains qui en reconnaissent les bénéfices en regard de leur situation. L'attitude négative envers la drogue pourrait traduire une tentative de s'éloigner le plus possible d'un élément identifié comme potentiellement dommageable, une nuisance fréquemment associée au milieu naturel en faveur de l'adoption de conduites déviantes, ce qui contrecarre la réhabilitation. Ainsi, la combinaison de ces deux facteurs, soit la volonté d'améliorer une situation et la symbolique de coupure vis-à-vis d'un milieu auquel sont attribués les motifs de leur hébergement en centres de réadaptation, révèle la détermination et les objectifs de ces jeunes. Bien que ces attitudes envers les médicaments et la drogue soient celles généralement souhaitées, il est possible d'y remarquer un certain manichéisme (i.e. prendre *toujours* ses médicaments et ne *jamais* prendre de drogues), en contraste avec les attitudes des autres jeunes rencontrés dans le cadre de cette recherche. Ce premier groupe se compose donc d'adolescents qui manifestent le désir de se conformer étroitement aux prescriptions et aux proscriptions, telles que définies par l'autorité, les normes et les règles en présence.

Tentative de prise de contrôle sur sa vie

La combinaison de l'attitude positive vis-à-vis des drogues, à une auto-gestion des prescriptions de médicaments psychotropes, autorise quant à elle l'interprétation suivante : les adolescents concernés chercheraient à contrôler les substances consommées, qu'elles soient proscrites ou prescrites. Ainsi, ces jeunes modifient leurs prescriptions selon les circonstances et prennent la décision de consommer de la drogue, principalement pour ses effets. L'observateur externe relèvera la contradiction se dégageant des attitudes entretenues par ces adolescents au sujet des substances

psychotropes. Plus précisément, leur tentative d'avoir le contrôle sur les substances psychotropes consommées – prescrites ou proscrites – révèle la volonté de ne dépendre de personne et d'être maître de leur consommation; paradoxalement, cette recherche d'indépendance repose sur la consommation de substances addictives. Bref, ces adolescents manifestent l'intense volonté de ne pas se conformer à l'autorité et donc de transgresser prescriptions et proscriptions.

Réflexion personnelle intégrée

À l'inverse, les jeunes se retrouvant dans le groupe de comportement « d'auto-gestion » face à la drogue semblent avoir une réflexion plus nuancée au sujet des substances prescrites et proscrites, ce qui entraîne une relation plurielle face aux médicaments, se manifestant par la constitution de deux catégories d'attitudes (observance et auto-gestion par rapport aux médicaments prescrits – voir tableau 1). Ainsi, ces adolescents ne sont pas totalement en accord ni en désaccord avec la consommation de drogues, mais émettent plutôt des réserves, lesquelles se retrouvent au sein de leurs rapports aux médicaments psychotropes. Bien qu'un certain nombre d'entre eux déclare être observant, cette observance résulte d'abord d'une obligation, plutôt que d'une authentique reconnaissance de l'aide que les médicaments peuvent leur apporter. La plupart des adolescents du groupe « auto-gestion de la consommation de drogues », prennent d'ailleurs position au sujet de leur prescription de médicaments psychotropes et demeurent critiques à l'égard des substances proposées, que ce soit par un prescripteur ou, dans le cas des drogues, par d'autres individus.

Il importe donc de s'interroger sur l'intégration de règles dont la transposition dans le contexte des centres de réadaptation est teintée de l'autorité émanant, d'une part,

de la prescription médicale et, d'autre part, de la prescription d'hébergement en centres de réadaptation. Les adolescents de ce groupe se caractérisent par l'autonomie et le jugement dont ils font preuve en regard des prescriptions comme des proscriptions auxquelles il leur est demandé de se soumettre. Une réelle approbation de la substance psychotrope prescrite et des qualités qui lui sont attribuées provoquerait chez ces adolescents une sensibilité accrue aux contradictions potentielles entre les objectifs respectifs des substances. Plus précisément, lorsqu'elle est prescrite spécifiquement dans ce but, la substance est un médicament dans la mesure où elle est utile pour modifier l'attitude à l'égard des normes. À l'inverse, elle est considérée comme une drogue lorsqu'elle se pose « en travers » des normes, confirmant alors son statut de substance proscrite. Prenons l'exemple d'une adolescente ayant une prescription d'antipsychotique : lorsqu'elle consomme son médicament tel que prescrit, il est bel et bien considéré comme médicament, mais lorsqu'elle l'accumule en vue d'une surdose, il devient une drogue .

L'« opportunisme » de ces adolescents dont l'attitude semble plus nuancée vis-à-vis des substances psychotropes soulève la question d'une authentique intégration des normes sociales. Leurs attitudes envers les prescriptions et les proscriptions permettent en effet d'en douter : enfreindre les règles est-il acceptable du moment que l'on ne se fait pas prendre? En outre, il est possible d'interroger le degré de sensibilité de ce groupe d'adolescents quant aux tensions présentes entre substances prescrites et substances proscrites, eu égard à leur utilisation « intéressée » de ces substances. De même, l'apparente contradiction chez les adolescents qui sont observants, mais qui gèrent leur consommation de drogues (« auto-gestion ») selon leurs croyances, est à soulever : consomment-ils de la drogue alors qu'ils prennent leurs médicaments tel que prescrits?

Est-ce là une contradiction puisque « prendre ses médicaments tel que prescrits » englobe généralement le fait de ne pas consommer de drogues ou d'alcool simultanément à la substance prescrite? En poussant la réflexion, ladite contradiction ne résiderait-elle pas plutôt dans la tentative des institutions d'intervenir en combinant la proscription d'une consommation de drogues à une prescription de médicaments psychotropes alors que ces substances ont des effets physiologiques apparentés ?⁷

Un espace médian annihilé

La mise en relation du prescrit (médicaments psychotropes et hébergement en centres de réadaptation) et du proscriit (drogues illicites), permet de comprendre que les centres de réadaptation entretiennent l'ambiguïté – en tant qu'institution totalitaire ayant des règles précises et tendant à l'homogénéisation des résidents. Ainsi, on assiste à la mise en œuvre d'un processus de construction de l'identité de l'adolescent qui repose sur le rejet des normes valorisées par son milieu naturel au profit de cette homogénéisation effectuée par le milieu institutionnel. Là encore, la situation comporte une dimension problématique par la façon dont l'institution se positionne en regard du milieu naturel. En effet, la prescription de l'hébergement en centres de réadaptation introduit le rapport entre les normes du milieu naturel et les « sur-normes » de l'institution. Plus spécifiquement, en temps normal, une norme partagée par l'ensemble de la société laisse à l'individu une capacité d'appréciation selon le contexte et ses objectifs, alors qu'en ce qui concerne les adolescents hébergés en centres de réadaptation, la norme se définit en partie par la réduction à l'extrême de leur potentiel d'acteurs à son égard. De plus, la portée même des normes est beaucoup plus envahissante qu'elle ne l'est normalement puisque ces normes touchent tous les aspects de la vie des adolescents. Or, si ces deux

⁷ Voir Berridge (1998) : En anglais, on réfère au « mot « drogue » pour désigner une catégorie de substances absorbées par le corps dans un but autre que celui de se nourrir. »

pôles sont opposés, ils se trouvent paradoxalement réunis en cela qu'ils confèrent aux substances psychotropes, prescrites comme proscrites, un rôle de pivot dans l'intégration de systèmes normatifs.

Par ailleurs, ces adolescents hébergés en centres de réadaptation se voient prescrire des substances psychotropes en vue de traiter des comportements problématiques ou des psychopathologies qui s'accompagnent d'une proscription stricte des substances illicites. De même, l'utilisation contre-indiquée des substances prescrites est clairement proscrite (par exemple, modification à la hausse ou à la baisse des doses prescrites, échanges de médicaments prescrits avec d'autres adolescents). Le caractère exacerbé du rapport prescription-proscription en centres de réadaptation instaure alors une distinction dichotomique au sein de laquelle non seulement l'absence de prescription dans l'usage d'une substance psychotrope équivaut à une proscription, mais où peu de place est laissée à l'appréciation individuelle quant à l'usage des dites substances. Les adolescents qui y sont hébergés n'ont d'autres choix que d'adhérer aux prescriptions et de bannir tout ce qui est proscrit. De cette façon, l'espace médian entre les deux pôles de ce continuum est annihilé pour être remplacé par une relation antagoniste qui les pose en substances contradictoires alors qu'elles partagent des analogies considérables.

Conclusion

L'analyse qualitative révèle la complexité et la multiplicité des motifs, ainsi que les diverses manifestations de l'observance des prescriptions de médicaments psychotropes, lorsque analysée dans le contexte des centres de réadaptation. Il apparaît dorénavant plus juste de considérer le phénomène de l'observance comme une situation générale qui relève d'une représentation globale, plutôt que d'un comportement

ponctuel. L'étude de l'observance d'une prescription psychopharmacologique dans les centres de réadaptation, considérés comme institution totalitaire, impose de l'envisager comme un indice d'un phénomène plus étendu et relevant des représentations personnelles des adolescents au sujet des médicaments psychotropes prescrits.

L'observance comme situation peut se comprendre comme une manifestation de la confrontation des milieux de vie naturel et institutionnel, qui se greffe au continuum entre substances prosrites et prescrites. L'intériorisation des règles de vie, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur des centres de réadaptation par les jeunes concernés en serait à la fois le résultat et l'expression. Dans cette optique, plusieurs éléments peuvent influencer l'observance de la prescription psychopharmacologique, puisqu'ils y sont liés indirectement, soit en regard des motifs ou de l'application de cette prescription. Ainsi, autant l'autorité des intervenants, le contexte même des centres de réadaptation comme mesure ordonnée par un tribunal, que la prescription de médicaments, s'inscrivent en général comme conséquences de comportements ou d'attitudes problématiques de la part de l'adolescent. Subséquemment, il est possible d'élargir la perspective en soulignant que l'observance comme situation est le fruit d'une demande à l'endroit du jeune et n'est donc pas uniquement limitée à la présence du médicament, mais aussi à l'application des règles de vie et au respect des normes des différents contextes. Dans cette optique, les entretiens avec des adolescents hébergés en centres de réadaptation ont permis de constater que leurs attitudes envers les médicaments psychotropes ne permettent pas nécessairement de prédire un comportement précis à l'endroit des prescriptions, puisque d'autres aspects touchant l'institution s'y jouxtent. Il est par ailleurs pertinent de mentionner ici qu'en raison de la désirabilité sociale et de leur problématique (i.e. troubles de l'opposition, troubles des conduites), les adolescents hébergés en centres de

réadaptation pourraient révéler être en désaccord avec les règles de l'institution, les prescriptions de conduites et de traitement⁸ afin d'adopter les valeurs des autres adolescents en opposition avec l'autorité. Cependant, cet effet de la désirabilité sociale pourrait, dans d'autres cas, amener les adolescents à se conformer aux prescriptions dans le but de plaire et de se soumettre à ce qui est attendu d'eux par leurs éducateurs⁹.

La régulation par les substances psychotropes

L'étude des attitudes entretenues au sujet des drogues en tant que substances proscrites et celles à l'égard des médicaments comme substances prescrites, a permis de dégager différents types de conjugaisons de comportements (tableau 1). Les réactions et les positions prises envers les drogues et les médicaments, associées à l'appréhension des normes et des règles émanant des différents contextes, mettent en exergue la perception de contrôle et de régulation par les substances psychotropes chez les adolescents hébergés en centres de réadaptation. Les substances psychotropes, qu'elles soient prescrites – dans le but de soulager ou d'améliorer une situation difficile – ou proscrites – consommées pour leurs effets –, visent à maîtriser une part des réactions et des conduites des individus qui les consomment. De plus, par la loi régissant l'hébergement en centres de réadaptation, les adolescents se voient prescrire de demeurer dans ce contexte imprégné d'autorité. Confronté à ce contrôle émanant à la

⁸ Se rapporterait au « Faking bad » auquel aucun équivalent en français n'a pu être identifié. Ce terme peut être défini de la façon suivante (traduction libre du site de Murphy, K.R., professeur au département de psychologie de Pennsylvania State University, site internet - <http://www.personal.psu.edu/faculty/k/r/krm10/Faking.doc> - consulté le 11 janvier 2006) :

Faking bad : donner des réponses à un test qui pourraient, selon l'opinion du participant, produire des réponses qui démontrent son incapacité ou le rendent moins désirable.

⁹ Se rapporterait dans ce cas au « faking good » qui peut être défini de la façon suivante (traduction libre du site de Murphy, K.R., professeur au département de psychologie de Pennsylvania State University, site internet - <http://www.personal.psu.edu/faculty/k/r/krm10/Faking.doc> - consulté le 11 janvier 2006) :

Faking good : donner des réponses à un test qui pourraient, selon l'opinion du participant, augmenter le score ou créer une évaluation plus positive.

fois des centres de réadaptation et de la prescription de médicaments – chargée des représentations attribuées à la fois aux institutions et aux substances psychotropes –, l'adolescent se retrouve de ce fait devant la possibilité de se soumettre ou de tenter de réguler une partie de ce qui lui est imposé. Certains choisissent de subir, ou d'observer, les diverses prescriptions (pharmacologiques ou relatives à l'hébergement) alors que d'autres y participent. Ainsi, « l'auto-régulation » de la consommation des substances psychotropes, proscrites ou prescrites, peut devenir une façon de réagir à ce qui est prescrit. L'analyse qualitative a mis en relief la volonté démontrée par certains jeunes de prendre le contrôle sur la situation qu'ils vivent actuellement, ce qui s'exprime par une auto-régulation des substances prescrites et par des conduites en accord avec leurs convictions personnelles ayant trait aux drogues proscrites, le tout en interaction avec leur vécu antérieur et leur intégration des normes sociales. Certains font preuve d'une réflexion nuancée devant les substances prescrites et proscrites, alors que d'autres appliquent les règles sans opérer un tel jugement, laissant alors planer le doute sur leur réelle intériorisation de ces règles. Ils peuvent ainsi se laisser maîtriser par les règles de vie ou, à l'inverse, s'y opposer systématiquement en raison de l'autorité qui en émane, cette dernière leur étant insupportable compte tenu de leurs caractéristiques personnelles.

Traiter ou rééduquer ?

Ayant étudié les motivations et perceptions internes des jeunes à l'égard des prescriptions psychopharmacologiques et des drogues, on pourra dorénavant s'interroger, de manière plus externe, sur l'apparente contradiction issue de la stratégie de réadaptation dans son ensemble, à savoir, rééduquer les jeunes en fonction d'une « norme idéale » (Goffman, 1968). Dans le cas des centres de réadaptation, cette « norme idéale » vise entre autres à « traiter » un adolescent pour qui la consommation

de drogues a déjà pu poser problème, par la prescription de médicaments qui s'en distinguent peu, en espérant que le bénéficiaire mènera une vie « normale » à l'extérieur des centres de réadaptation. Outre le caractère potentiellement auto-contradictoire de cette stratégie substituant une substance psychotrope par une autre, on soulignera les espoirs qu'elle représente : on attend en quelque sorte que tout comportement, relatif ou non à une norme posée, soit modulable par une substance. De plus, on relèvera le caractère utilitaire de l'association normes-substance : la substance devient un médicament dans la mesure où elle est utile pour modifier l'attitude à l'égard des normes. À l'inverse, elle est considérée comme une drogue lorsqu'elle se pose « en travers » des normes, confirmant alors son statut de substance proscrite.

Les interprétations avancées dans le cadre de cet article, considérant le caractère particulier des relations qu'elles établissent entre substances et contextes, restent circonscrites. Bien qu'ayant permis de dégager certains mécanismes favorisant ou non le respect des prescriptions chez les adolescents rencontrés, il serait néanmoins intéressant d'y ajouter de nouveaux axes d'interprétation. On pensera notamment à une analyse plus approfondie des différentes dimensions du « vécu » des jeunes, tels les liens d'attachement développés dans l'enfance ou encore les structures de personnalité émergentes. De même, une étude portant plus spécifiquement sur les éléments ayant trait à l'alliance thérapeutique pouvant se développer entre l'adolescent et son milieu, ses éducateurs et son prescripteur permettrait d'élargir la perspective et de bonifier les conclusions présentées dans cet article.

Références

- Adlaf, E.M. (2004). La prévalence de l'usage du cannabis chez les élèves canadiens. *Drogues, santé et société*, 2(2), 1-10.
- Baillargeon, J., Contreras, S., Grady, J. J., Black, S. A., & Murray, O. (2000). Compliance with antidepressant medication among prison inmates with depressive disorders. *Psychiatric Services*, 51(11), 1444-1446.
- Bastiaens, L., Chowdhury, S., & Gitelman, L. (2000). Medication samples and drug compliance. *Psychiatric Services*, 51(6), 819.
- Baumann, M., Baumann, C. & Alla, F. (2004) Non observance des psychotropes : implication thérapeutique mutuelle du patient et du médecin généraliste. *La Presse Médicale*, 33, 445-448.
- Baumann, M., & Trincard, M. (2002). Les attitudes d'autonomie dans l'observance thérapeutique d'une cohorte de consommateurs continus de psychotropes. *Encephale*, 28(5 Pt 1), 389-396.
- Beck, C. A., Williams, J., Wang, J. L., Kassam, A., El-Guebaly, N. Currie, Maxwell, C. J., & Patten, S. B. (2005) Psychotropic medication use in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(10), 605-613.
- Berridge, V. (1998). Drogues illicites et médicaments psychotropes en Grande-Bretagne. Histoire d'une frontière incertaine. Dans Ehrenberg, A., *Drogues et médicaments psychotropes* (pp. 101-122). Paris, France : Éditions Esprit.
- Bertrand, M.-A. (2004). Le statut pénal du cannabis au Canada. *Drogues, santé et société*, 2(2), 1-16.

- Britten, N. (1998). Psychiatry, stigma, and resistance. Psychiatrists need to concentrate on understanding, not simply compliance. *British Medical Journal*, 317(7164), 963-964.
- Brunelle, N., Cousineau, M. M., & Brochu, S. (2002a). Trajectoires types de déviance juvénile : un regard qualitatif. *Canadian Journal of Criminology*, 44(1), 1-31.
- Brunelle, N., Cousineau, M. M., & Brochu, S. (2002b). La famille telle que vécue par des jeunes consommateurs. *Drogues, santé et société*, 1(1), 1-17.
- Conrad, P. (1985). The meaning of medications : another look at compliance. *Social Sciences and Medicine*, 20(1), 29-37.
- DiMatteo, M. R. (1994). Enhancing patient adherence to medical recommendations. *JAMA: Jan 5*, 271(1), 79.
- Dixon, L., Weiden, P., Torres, M., & Lehman, A. (1997). Assertive community treatment and medication compliance in the homeless mentally ill. *American Journal of Psychiatry*, 154(9), 1302-1304.
- DosReis, S., Zito, J.M., Safer, D.J., Soeken, K.L., Mitchell, J.W.Jr, & Ellwood, L.C. (2003). Parental perceptions and satisfaction with stimulant medication for attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 24(3), 155-162.
- Ehrenberg, A. (1991). Un monde de funambules. Dans Ehrenberg, A. *Individus sous influence – Drogues, alcools, médicaments psychotropes* (pp. 5-28). Paris, France : Éditions Esprit.
- Ehrenberg, A. (1992). Dépassement permanent. Dans Ehrenberg, A. & Mignon, P. *Drogues, politique et société* (pp. 54-70). Paris, France : Le Monde Éditions et Éditions Descartes.

- Ehrenberg, A. (1998). Questions croisées. Dans Ehrenberg, A., *Drogues et médicaments psychotropes* (pp. 7-28). Paris, France : Éditions Esprit.
- Fawcett, J. (1995). Compliance: definitions and key issues. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56 (Suppl 1), 4-8.
- Goffman, E. (1968). *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris : Les éditions de Minuit, 447 p.
- Grasset, F., Bonvin, E., & Pomini, V. (2000). Pharmacothérapie psychotrope, compliance au traitement et observance des prescriptions. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 120(2), 137-143.
- Hack, S., & Chow, B. (2001). Pediatric psychotropic medication compliance: a literature review and research-based suggestions for improving treatment compliance. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 11(1), 59-67.
- Haxaire, C., Brabant-Hamonic, J., & Cambon, E. (1998). "C'était pas comme une drogue si vous voulez, mais enfin" Appropriation de la notion de dépendance et opportunité des psychotropes à travers l'étude de pharmacies familiales dans une région rurale de Basse-Normandie. Dans Ehrenberg, A., *Drogues et médicaments psychotropes* (pp. 171-208). Paris, France : Éditions Esprit.
- Haynes, R.B. (1979). Introduction. In Haynes, R.B., Taylor, D.W., and Sackett, D.L. (Eds.), *Compliance in Health Care* (pp.1-7). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Lafortune, D., Laurier, C., & Gagnon, F. (2004). Prévalence et facteurs associés à la prescription de médicaments psychotropes chez les sujets placés en Centres Jeunesse. *Revue de psychoéducation*, 33(1), 157-176.

- Laurier, C., & Lafortune, D. (sous presse). Les facteurs contribuant à l'observance d'une psychopharmacothérapie chez les adolescents hébergés en centres de réadaptation. *Revue canadienne de psychologie / Canadian Psychology*.
- Laurier, C., & Lafortune, D. (2006 non publié). Validation de l'échelle d'évaluation des comportements et des attitudes d'observance des prescriptions psychopharmacologiques (ÉCAOPP).
- Leo, R.J., Jassal, K., & Bakhai, Y.D. (2005). Nonadherence with Psychopharmacologic Treatment Among Psychiatric Patients. *Primary Psychiatry*, 12(6), 33-39.
- Lerner, B.H. (1997). From careless consumptives to recalcitrant patients: the historical construction of non-compliance. *Social Sciences and Medicine*, 45(9), 1423-1431.
- McDonald, H.P., Garg, .X., & Haynes, R.B. (2002). Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: scientific review. *Journal of the American Medical Association*, 288(22), 2868-2879.
- Meichenbaum, D., & Turk, D.C. (1987). *Facilitating treatment adherence*. New-York: Plenum Press.
- Mercier, C. (1989). Le rôle des facteurs subjectifs dans la fidélité à la médication. *Revue canadienne de psychiatrie*, 34, 662-667.
- Pires. A., (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A. *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal : Gaëtan Morin, 113-167.
- Rey-Debove, J., Rey A. & al. (Eds.). (1993). *Le Nouveau Petit Robert*. Montréal: Dicorobert.

- Ross, F.M. (1991). Patient compliance – Whose responsibility? *Social Sciences and Medicine*, 32(1), 89-94.
- Scharf, M.A., & Williams, T.P. (2006). Psychopharmacology in Adolescent Medicine. *Adolescent Medicine Clinics*, 17, 165-181.
- Sleator, E.K. (1985). Measurement of compliance. *Psychopharmacology Bulletin*, 21(4), 1089-1093.
- Sher, I., McGinn, L., Sirey, J., & Meyers, B. (2005). Effects of Caregivers' Perceived Stigma and Causal Beliefs on Patients' Adherence to Antidepressant Treatment. *Psychiatric Services*, 56(5), 564-569.
- Thiruchelvam, D., Charach, A., & Schachar, R. J. (2001). Moderators and Mediators of Long-Term Adherence to Stimulant Treatment in Children With ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(8), 922-928.
- Trostle, J.A., (1998). Medical Compliance as an Ideology. *Social Sciences and Medicine*, 27(12), 1299-1308.
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26(5), 331-342.
- Willey, C., Redding, C., Stafford, J., Garfield, F., Geletko, S., Flanigan, T., Melbourne, K., Mitty, J., & Caro, J. J. (2000). Stages of change for adherence with medication regimens for chronic disease: development and validation of a measure. *Clinical Therapeutics*, 22(7), 858-871.
- Winnick, S., Lucas, D.O., Hartman, A.L., & Toll, D. (2005). How Do You Improve Compliance? *Pediatrics*, 115 (6), e718-e724.

Annexe 1

Tableau 1

Répartition des participants selon les variables stratégiques

| (a) Attitudes face à la médication | | (b) Milieu de placement | | (c) Sexe | |
|------------------------------------|-------|-------------------------|-------|----------|-------|
| Positive | n = 8 | Ouvert | n = 4 | Masculin | n = 2 |
| | | | | Féminin | n = 2 |
| | | Fermé | n = 4 | Masculin | n = 2 |
| | | | | Féminin | n = 2 |
| Négative | n = 7 | Ouvert | n = 3 | Masculin | n = 1 |
| | | | | Féminin | n = 2 |
| | | Fermé | n = 4 | Masculin | n = 2 |
| | | | | Féminin | n = 2 |
| | | | | Total : | n=15 |

Consigne de départ de l'entretien

« L'entrevue que nous allons faire se divise en quatre sections générales : ton placement, tes problèmes, les médicaments et la drogue. Je te poserai ensuite quelques questions sur toi. Je te poserai des questions afin de comprendre ce qui se passe pour toi dans ces domaines de ta vie. Il n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponses. Réponds-moi comme cela te vient spontanément. Je peux t'assurer que cet entretien est confidentiel, si tu as des questions, n'hésite pas à me les poser. »

Conclusion

Les deux objectifs principaux de notre thèse consistaient (i) à identifier les principaux facteurs associés à l'observance de la prescription psychopharmacologique en centres de réadaptation et (ii) à saisir les représentations de cette prescription par les adolescents. Pour ce faire, nous avons procédé par étapes. Ainsi, le premier chapitre – *Les facteurs contribuant à l'observance d'une psychopharmacothérapie chez les adolescents hébergés en centres de réadaptation* – avait pour objet la construction d'un modèle théorique à partir d'une recension de la littérature existante. Nous avons ensuite élaboré et validé une échelle de mesure des attitudes et des comportements d'observance, objet du second chapitre – *Validation de l'Échelle d'évaluation des comportements et des attitudes d'observance des prescriptions psychopharmacologiques (ÉCAOPP)*. Dans le troisième chapitre, nous avons validé une version complémentaire de cette mesure, destinée à un « observateur externe » – *L'observance de la prescription de médicaments psychotropes en centres de réadaptation telle qu'évaluée par un éducateur et par l'adolescent lui-même*. Y ont été comparées les deux évaluations de l'observance, soit une première, auto-révélee, et une seconde, provenant d'un éducateur. À partir de la mesure validée au second chapitre (ÉCAOPP), nous avons identifié les variables qui y sont associées à partir d'un échantillon de 151 adolescents et adolescentes hébergés en centres de réadaptation, sujet du quatrième chapitre – *Corrélat et prédicteurs de l'observance de la psychopharmacoprescription pour une population d'adolescents hébergés en centres de réadaptation*. Le cinquième et dernier chapitre – *Représentations des drogues proscrites et des médicaments psychotropes prescrits chez les adolescents hébergés en centres de réadaptation* – avait pour objet l'étude des représentations associées à l'observance de la prescription

psychopharmacologique à partir d'un échantillon constitué de 15 adolescents et adolescentes avec lesquels nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés.

Modèle conceptuel et mesure de l'observance

Le modèle conceptuel de l'observance proposé dans le premier chapitre identifie cinq types de facteurs contributifs. Il rejoint en cela l'avis émis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2003 (World Health Organization Takles Problem of Poor Treatment Adherence) pour qui l'observance est un phénomène multidimensionnel. Ce modèle a ainsi relevé (i) les caractéristiques personnelles, (ii) l'environnement social, (iii) les caractéristiques de la maladie et du traitement, (iv) la relation thérapeutique et (v) le contexte d'autorité propre aux centres de réadaptation, comme autant de facteurs qui contribueraient à l'observance chez les adolescents qui y sont hébergés.

Dès la validation de l'échelle d'évaluation des comportements et des attitudes d'observance de la psychopharmacoprescription (ÉCAOPP), il est apparu que (i) les attitudes et (ii) les comportements d'observance de la prescription psychopharmacologique sont deux dimensions différentes, à analyser de manière distincte. Ainsi, les adolescents de l'échantillon font preuve d'attitudes nuancées envers la médication qui leur est prescrite, bien qu'ils présentent dans l'ensemble de très bons comportements d'observance. Il a été postulé que cette caractéristique découlerait en partie de l'autorité caractérisant les différentes dimensions de l'intervention en centres de réadaptation ce qui par ailleurs, fait l'objet d'une discussion détaillée dans le dernier chapitre.

En lien avec le développement de cette mesure auto-révélee des attitudes et des comportements d'observance (ÉCAOPP), nous avons développé une mesure complémentaire destinée à un observateur (ÉCOPP-Obs). Les résultats obtenus au chapitre trois nous ont indiqué que généralement, les éducateurs évaluent très favorablement les conduites d'observance des jeunes dont ils ont la responsabilité. Bien que cette mesure pour un observateur (ÉCOPP-Obs) soit validée et puisse être utile dans différents contextes, nous n'avons pu l'intégrer dans les analyses de prédiction de l'observance, puisqu'elle ne s'est pas révélée suffisamment discriminante.

Mise à l'épreuve du modèle conceptuel

L'étude quantitative rapportée au quatrième chapitre de cette thèse, a mis à l'épreuve une partie du modèle conceptuel initial à partir d'une population de 151 adolescents et adolescentes hébergés en centres de réadaptation. Nous avons alors constaté que l'étude des attitudes et des comportements d'observance de la prescription psychopharmacologique devait considérer de façon distincte la situation des garçons et celle des filles. En effet, la nature des médicaments psychotropes prescrits n'est pas la même : les adolescents reçoivent significativement plus de prescriptions de psychostimulants tandis que les adolescentes se voient plus prescrire des antidépresseurs. En outre, les filles s'attribuent généralement plus de difficultés, tant en nombre qu'en intensité, que ne le font les garçons et ce, même si l'évaluation des éducateurs ne révèle pas une telle différence. De plus, les adolescentes rapportent entretenir des attitudes plus favorables en regard de la médication psychotrope prescrite, l'acceptant mieux que les garçons. Compte tenu de ces différences entre garçons et

filles, les analyses visant à déterminer les variables associées à l'observance ont été effectuées selon le sexe des participants.

Les corrélats de l'observance des adolescentes

À l'aide de corrélations de *Pearson* nous avons remarqué que l'anxiété identifiée par les éducateurs est associée négativement aux attitudes, aux comportements et au score total d'observance chez les adolescentes. De plus, les problèmes intériorisés auto-révélés et les symptômes de dépression évalués par les éducateurs s'ajoutent en tant que variables associées négativement aux comportements d'observance.

Prédicteurs de l'observance pour les adolescents

Trois modèles de prédiction de l'observance ont pu être dégagés chez les garçons de l'échantillon, soit un pour les attitudes, un autre pour les comportements et un dernier pour l'intégration de ces attitudes et comportements (score total).

En fonction du modèle conceptuel initial, il est possible d'observer que des éléments issus des (i) caractéristiques personnelles (réponses de *coping* orientées vers la tâche), des (ii) caractéristiques de la maladie et du traitement (problèmes de comportement, prescription de stabilisateur de l'humeur) et de (iii) la relation thérapeutique (engagement dans la relation thérapeutique) modulent l'acceptation de la médication psychotrope. En ce qui concerne les comportements d'observance proprement dits, la régression révèle la participation de variables issues des (i) caractéristiques personnelles des adolescents (faire preuve d'agressivité physique directe) et des (ii) caractéristiques du traitement (attitudes d'action face au changement – à l'égard du traitement proposé). Il est alors possible d'émettre l'hypothèse que de

mauvais comportements d'observance sont plus fréquents chez les adolescents agressifs physiquement. Ceux-ci paraissent s'inscrire dans une dynamique de délinquance et de non-conformisme à l'égard des règles et des normes sociales, entravant leur observance. À l'inverse, les adolescents activement impliqués dans le traitement (attitude d'action face au changement) tendent à avoir de meilleurs comportements d'observance. Enfin, lorsque les attitudes et les comportements sont intégrés les uns aux autres (i.e. score total), ce sont des variables issues des (i) caractéristiques personnelles (agressivité physique directe et réponses de *coping* orientées vers la tâche) et (ii) découlant du traitement (attitude d'action face au traitement proposé et prescription de stabilisateur de l'humeur) qui contribuent à prédire l'observance.

On retiendra d'abord de l'analyse des corrélats et des prédicteurs que les variables associées à l'observance pour les adolescentes découlent toutes des « caractéristiques de la maladie », relevant des symptômes (anxiété et dépression) et des comportements (troubles intériorisés en général). Chez les garçons, les variables prédictives touchent une plus grande diversité d'aspects : (i) personnels (agressivité physique directe, réactions de *coping* orientées vers la tâche), (ii) de la maladie et du traitement (problèmes de comportement, attitudes d'action face au changement et au traitement proposé, prescription de stabilisateur de l'humeur) et (iii) de la relation thérapeutique (engagement du patient dans la relation thérapeutique).

Il importe de souligner que, chez les adolescents, les attitudes à l'égard du plan d'intervention en général et celles concernant la médication psychotrope prescrite ne

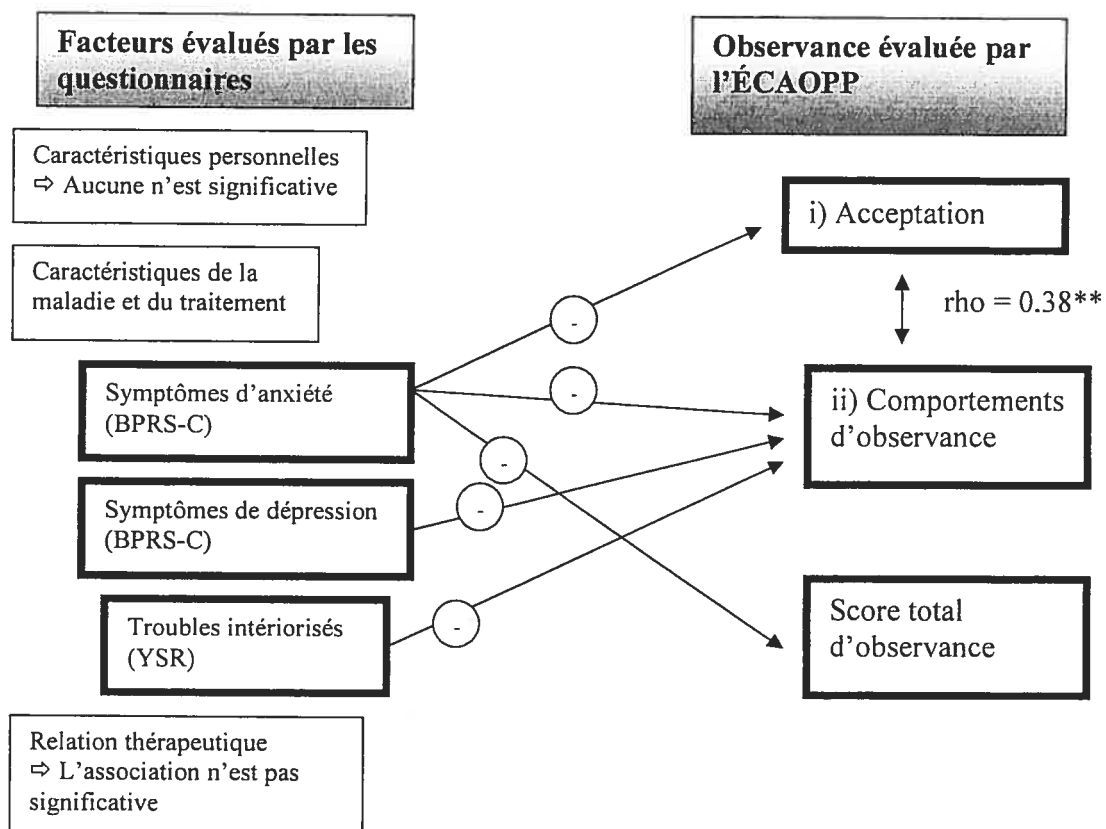
sont pas scindées. En effet, un jeune qui adhère plus globalement au traitement proposé et qui s'y implique de façon active a tendance à présenter de bons comportements d'observance en regard de la prescription psychopharmacologique. De même, un adolescent qui réagit à une difficulté en y faisant face (réponse de *coping* orientée vers la tâche), plutôt qu'en l'évitant ou en ayant des réactions émotives, agressives ou sexuelles, aura de meilleures attitudes en regard de la prescription reçue. À l'inverse, les adolescents présentant des problèmes de comportement arboreront des attitudes plus critiques face à la médication, et ceux qui font preuve d'une agressivité physique directe envers autrui tendront à avoir de moins bons comportements d'observance. En rapport à ces deux dernières variables, il est possible d'y voir un indice de l'étendue de l'opposition envers l'autorité.

Lors de l'élaboration du devis de recherche, nous avons dû mettre de côté certaines catégories de facteurs contribuant à l'observance, principalement celle qui concerne les « personnes significatives ». En effet, l'accès aux perceptions des adultes significatifs en regard des médicaments psychotropes prescrits aurait été très difficile à obtenir. Comme nous l'avons déjà souligné, une grande proportion de parents manifeste peu d'intérêt par rapport au suivi psychoéducatif de leur enfant. Dans une étude portant sur la prise en charge de 328 adolescents du Centre jeunesse de Montréal (Keable & Laframboise, 2005), 46% des résidents les plus jeunes (âgés de 12 à 14 ans) et 57 % des autres (15-17 ans) n'étaient jamais accompagnés de leurs proches aux rendez-vous médicaux. En centres de réadaptation, l'implication des parents dans le suivi pharmacologique est tout à fait incertaine et ce, d'autant plus que le placement de l'enfant s'est produit à un âge précoce. Il aurait été aussi intéressant d'accéder aux motifs

ayant mené à la prescription de médicaments psychotropes en interrogeant le prescripteur à ce sujet. Cependant, la réalité veut qu'en centres de réadaptation le médecin prescripteur soit généralement un consultant occasionnel et extérieur (i.e. dans 80% des cas) (Lafortune & Laurier, 2005), ce qui en aurait rendu l'accès possiblement difficile.

Au terme de ces analyses quantitatives en lien avec le modèle conceptuel développé au premier chapitre, il est possible de proposer deux nouveaux modèles (présentés aux pages suivantes). Le premier (figure 1) concerne les corrélats d'observance pour les jeunes filles hébergées en centres de réadaptation alors que le second (figure 2) représente les prédicteurs de l'observance pour les garçons. Les corrélations de *Spearman* entre les deux sous-échelles (acceptation et comportements d'observance) y sont aussi rapportées.

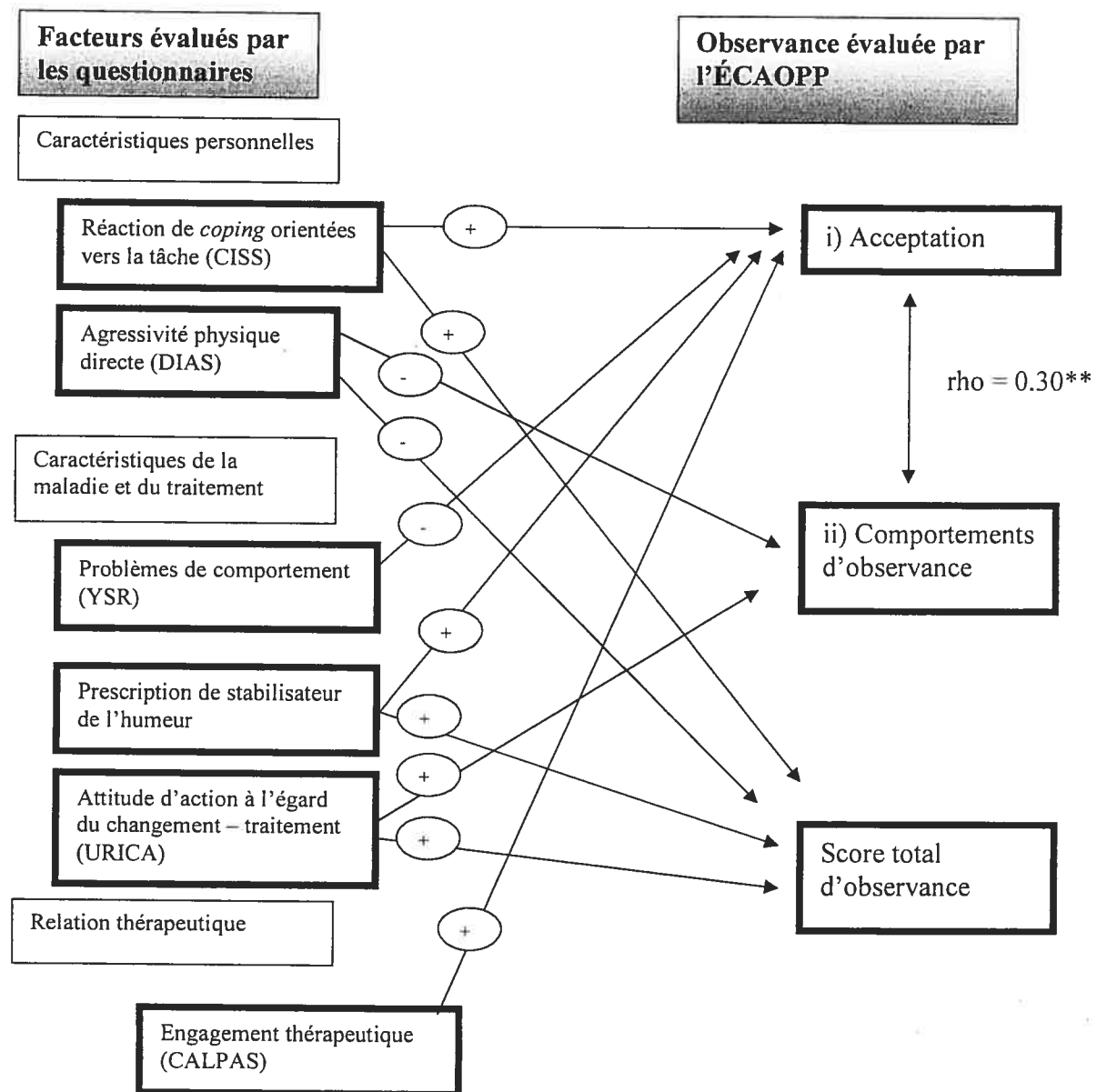
Figure 1
Corrélat de l'observance de la psychopharmacoprescription pour les adolescentes



Note : Les boîtes aux contours plus foncé représentent les variables évaluées alors que les autres reprennent les catégories de facteurs dégagées dans l'élaboration théorique du modèle conceptuel. Les flèches représentent des corrélations significatives entre les variables évaluées et les composantes de l'observance. Le symbole « - » ou dans le cercle représente la direction de l'association (l'ensemble des associations sont négatives pour les filles).

****** $p < 0,01$.

Figure 2
Prédicteurs de l'observance de la psychopharmacoprescription pour les adolescents



Note : Les boîtes aux contours plus foncé représentent les variables évaluées alors que les autres reprennent les catégories de facteurs dégagées dans l'élaboration théorique du modèle conceptuel. Les flèches représentent des corrélations significatives entre les variables évaluées et les composantes de l'observance. Le symbole « - » ou « + » dans le cercle représente la direction de l'association.

****** $p < 0,01$.

Expérience subjective d'observance de la psychopharmacoprescription

Les entretiens semi-dirigés réalisés auprès de 15 adolescents viennent enrichir les résultats en ajoutant une dimension relevant de leur vécu personnel permettant de concevoir l'observance comme étant une situation plus générale que permet de le faire l'analyse quantitative. La démarche qualitative a mis en lumière, mieux que les analyses quantitatives, les motivations intrinsèques et extrinsèques des participants en regard de l'observance de la psychopharmacoprescription. L'apport le plus substantiel de la méthode qualitative dans le cadre de cette thèse a été la mise en relation des représentations et attitudes des adolescents en regard des drogues et des médicaments psychotropes. Ces substances psychotropes, prescrites et proscrites, se sont révélées plus similaires que nous aurions pu le supposer au départ. En effet, tant par la littérature sur le sujet que par les témoignages des jeunes, nous avons pu mettre en relief de multiples analogies portant à la fois sur les effets de ces substances psychotropes, de même que sur les règles et normes qui les régissent.

Nous avons de plus intégré à l'analyse qualitative la prise en compte du « contexte d'autorité » – identifié comme une catégorie de facteurs contribuant à l'observance par le modèle conceptuel – propre à la structure des centres de réadaptation, puisqu'il s'avérait très difficile de l'évaluer empiriquement. En effet, comment évaluer l'autorité « objective » de chacune des unités de vie ? Existe-t-il une « autorité objective » ou s'agit-il inévitablement de perceptions lorsqu'il est question d'autorité d'un contexte particulier ? La surveillance exercée sur chacun des jeunes en

centres de réadaptation est particulière à leurs problématiques respectives. C'est pour ces raisons que cette catégorie d'influence a plutôt été examinée par l'analyse qualitative que par l'analyse quantitative. Notons au passage qu'il serait important dans une autre étude de pouvoir étudier plus en détails le contexte d'autorité tel qu'il se présente dans les centres de réadaptation. Il serait ainsi intéressant d'opérationnaliser ce concept qui pourrait comporter plusieurs aspects tels que des éléments architecturaux, organisationnels, se rapportant à l'autoritarisme du personnel ou encore à la perception que peuvent avoir les adolescents de ces divers aspects.

Sur le plan des résultats, un premier groupe se compose d'adolescents qui rejettent toute forme de consommation de drogues illicites et se conforment à leur prescription de médicaments psychotropes. Les jeunes qui se soumettent aux règles et aux normes – tant dans la société en général que dans les centres de réadaptation –, ne le font pas tous forcément parce qu'ils en reconnaissent l'aspect bénéfique et nécessaire, mais aussi afin d'éviter les conséquences négatives possibles découlant d'un non-respect de ces règles et normes. Nous avons jugé que ces adolescents émettaient une « position de principe » vis-à-vis des substances psychotropes, prescrites comme proscrites. Un second groupe d'adolescents semblent se caractériser par la volonté d'exercer un contrôle de leur consommation. Ces jeunes présentent une attitude positive à l'égard des drogues proscrites et modifient leurs prescriptions psychopharmacologiques en fonction des circonstances et des effets recherchés. Le dernier groupe se compose d'adolescents qui font preuve d'une réflexion plus nuancée à l'égard des substances proscrites et prescrites. Ces jeunes ne sont pas totalement en accord ou en désaccord avec les drogues proscrites, mais émettent des réserves envers la consommation selon la nature des

substances consommées et le contexte. La même réserve est constatée au sujet des substances psychotropes prescrites. Une ambiguïté résultant de la perméabilité de la frontière entre drogues et médicaments est évidente au sein de ce groupe d'adolescents, plus critiques envers l'ensemble des substances psychotropes, soient-elles prescrites ou prosrites.

En outre, l'analyse qualitative a permis d'apprécier en quoi les centres de réadaptation contribuent à entretenir l'ambiguïté entre substances psychotropes prescrites et prosrites. Les unes sont obligatoires, les autres sont formellement interdites. Il n'en demeure pas moins qu'elles s'apparentent, comme nous avons pu le démontrer, au niveau des représentations qu'elles évoquent chez les adolescents qui y sont exposés. Par ailleurs, nous avons relevé que les centres de réadaptation appliquent en quelque sorte une « sur-norme » qui contraste avec celles véhiculées dans la société. À l'inverse, les normes du milieu naturel (la famille) de l'adolescent sont généralement encore plus libérales que ne le sont celles de la société. Il est ainsi possible de percevoir un hiatus dans le continuum normes du milieu naturel – règles de l'institution. Il apparaît en effet impossible pour l'adolescent d'évoluer dans un milieu au sein duquel les normes sont celles véhiculées généralement par la société, étant transporté d'un pôle (milieu naturel teinté de normes déviantes) à l'autre (centres de réadaptation appliquant une « sur-norme »).

En conclusion, l'analyse qualitative a contribué à révéler la complexité et la multiplicité des motifs d'observance des prescriptions psychopharmacologiques dans le

contexte spécifique des centres de réadaptation. Il semble que ces institutions visent à remplacer une norme d'exception (provenant du milieu naturel), certes déviante, par une autre que nous qualifions de « sur-norme » (celle du centre de réadaptation). De plus, nous avons soulevé qu'une même substance psychotrope peut être considérée comme une drogue proscrite lorsqu'elle se pose contre les normes en vigueur dans un milieu, mais se définir comme un médicament prescrit lorsqu'elle vise plutôt une intériorisation des normes souhaitées.

Compréhension intégrée de l'observance

Indépendamment de la méthode adoptée (validation de l'échelle ÉCAOPP, analyse quantitative, analyse qualitative), une constante émerge des résultats obtenus : les attitudes sont bien distinctes des comportements d'observance proprement dits. Les analyses factorielles ont démontré que les réponses des adolescents ayant pris part à cette étude se regroupaient autour de deux facteurs. Lorsque nous avons été en mesure de dégager, pour les garçons, des modèles de prédiction, les variables impliquées étaient différentes selon qu'on s'intéresse aux « comportements » ou aux « attitudes ». L'analyse qualitative, enfin, a mis en lumière les comportements conformistes de certains adolescents en regard de la prescription psychopharmacologique, malgré des attitudes négatives à son endroit. L'analyse qualitative a par ailleurs révélé que les représentations à l'égard des substances psychotropes prescrites pouvaient être mieux comprises lorsque mises en parallèle avec les représentations des drogues illicites – proscrites – qui s'y apparentent, ce que confirment les discours des adolescents rencontrés.

Bref, les méthodologies quantitative et qualitative préconisées dans cette thèse fournissent des résultats qui se situent en continuité les uns avec les autres. Ainsi, comme nous l'avons démontré de diverses façons, « attitudes » et « comportements » d'observance de la psychopharmacoprescription ne sont pas analogues, du moins dans le cas spécifique des adolescents hébergés en centres de réadaptation. Ce travail se situe dans la lignée des recommandations de Vermeire, Hearnshaw, Van Royen et Denekens (2001) qui avaient souligné l'importance de s'intéresser aux perceptions des patients en regard de leurs pharmacoprescriptions. Dans le cas précis qui nous a intéressé dans cette thèse, celui des adolescents hébergés en centres de réadaptation, il est ainsi apparu que les comportements d'observance proprement dits ne découlaient pas directement des attitudes en regard de la prescription, mais pouvaient plutôt traduire l'attitude des adolescents à l'égard de l'autorité propre à l'hébergement en centres de réadaptation. C'est ainsi que plusieurs adolescents révélant des attitudes nuancées à l'égard de leur prescription affichaient des comportements d'observance conformes à la prescription. Les nombreuses variables impliquées dans l'observance de la prescription psychopharmacologique et l'influence du contexte soulignent l'importance de considérer l'observance comme un phénomène allant au-delà du simple comportement manifeste de « prendre ses médicaments tel qu'ils sont prescrits ».

Limites et pistes de recherches

Les limites de cette recherche ont déjà été soulevées dans certains des chapitres la constituant. En bref, rappelons que les résultats obtenus s'appliquent uniquement aux adolescents médicalisés et hébergés dans les centres de réadaptation québécois. Cette

population est particulière en raison des problématiques qu'elle présente et des médicaments psychotropes qui lui sont prescrits, rendant impossible la généralisation des résultats à d'autres populations d'adolescents qui ne sont pas hébergés en centres de réadaptation ou encore à des populations d'âge différent. En effet, au sein de cette population, selon une étude effectuée en 2001 (Lafortune et al., 2004), les psychostimulants étaient les médicaments les plus fréquemment prescrits. Suivaient les neuroleptiques et les antipsychotiques, les antidépresseurs et un agoniste alpha-adrénergique, la clonidine®. Au sein de ces institutions, les principaux motifs de psychopharmacoprescription étaient à ce moment le contrôle des comportements perturbateurs, l'hyperactivité, les troubles de l'attention, l'impulsivité et l'agressivité. Il serait en ce sens intéressant d'appliquer la même méthodologie de recherche que celle employée dans cette thèse à une population d'adolescents suivis de manière ambulatoire en pédopsychiatrie ou à une population d'adolescents ayant des problèmes de santé physique chronique (ex. : diabète, fibrose kystique). Cette démarche comparative pourrait mettre de l'avant l'influence des éléments appartenant au contexte de la prise en charge, et de ceux propres aux personnes significatives, aux caractéristiques personnelles, au traitement, à la maladie et à la relation thérapeutique. Par ailleurs, le nombre limité d'adolescentes au sein de l'échantillon n'a pas permis de dégager un modèle de régression linéaire qui leur soit spécifique. Des études ultérieures comptant un plus grand nombre d'adolescentes permettraient de d'identifier des variables prédictives leur étant propres. Dans le volet qualitatif de la thèse, l'analyse des attitudes à l'égard des médicaments psychotropes et des drogues illicites a amené des conclusions intéressantes, mais elle reste tout de même sans réponse face aux éléments découlant de l'histoire de vie personnelle (historique des placements, attachement, etc.). Une étude

ultérieure se chargerait d'explorer cette dimension potentiellement déterminante pour la compréhension de l'observance.

Une recherche future pourrait tenter de mieux cerner l'influence relative d'autres attitudes personnelles sur l'observance. Les facteurs associés aux personnes significatives devraient aussi se mériter une attention toute particulière. Il nous a été impossible de les évaluer dans la présente recherche, mais les parents pourraient apparaître comme des individus significatifs auprès de qui il serait approprié d'obtenir des informations sur les attitudes et comportements d'observance de leur enfant, mais aussi sur leurs propres attitudes en regard des substances psychotropes proscrites à leur enfant. Finalement, sous l'angle des relations thérapeutiques triangulaires (Bradley, 2003), les prescripteurs constituent un groupe auprès de qui il serait intéressant d'obtenir des informations, notamment, les motifs précis à l'origine d'une prescription pour l'adolescent donné. Une évaluation plus approfondie auprès des éducateurs nous semble toute indiquée. En plus d'interroger leurs connaissances sur la médication prescrite à l'adolescent, il serait intéressant d'évaluer leurs croyances personnelles au sujet de la psychopharmacothérapie en général, de l'adolescent pris en charge et de son observance. Il serait important dans une prochaine étude de considérer avec soin les multiples influences que peuvent avoir les relations thérapeutiques au sein desquelles sont impliqués les adolescents (avec les éducateurs, le prescripteur, les autres intervenants) sur les attitudes qu'ils entretiennent au sujet de leurs prescriptions psychopharmacologiques.

L'éducation destinée aux patients, aux intervenants et aux proches

En médecine somatique, les pratiques éducatives ont été largement utilisées pour favoriser l'observance de la prescription. La mise en lumière de l'absence de continuité des comportements d'observance proprement dits avec les attitudes qui leur sont associées, indique la nécessité d'agir tant sur les attitudes que sur les comportements d'observance des adolescents pris en charge dans un contexte d'autorité. Chez les adolescents en centres de réadaptation des attitudes d'adhésion pourraient être garantes de meilleurs pronostics à long terme que les comportements d'observance observables. En effet, puisque la prise en charge en centres de réadaptation n'est que temporaire, les intervenants auraient intérêt à tenter de mieux comprendre les motivations qui sous-tendent les comportements plutôt que de s'assurer du conformisme des adolescents à l'égard des demandes qui leur sont faites. Breen & Thornhill (1998) rapportent qu'il y a généralement une plus grande inobservance parmi les populations consultant sur une base ambulatoire que parmi celles prises en charge « à l'interne », laissant ainsi présager que les adolescents risquent de ne respecter que pauvrement la prescription après avoir quitté les centres de réadaptation. Cette recommandation est en lien avec ce que soulignent Baumann, Baumann et Alla (2004), à savoir que valoriser l'autonomie des patients pourrait les aider à se responsabiliser dans la gestion de leur santé, notamment en regard de l'observance de leur prescription. Ainsi, l'attitude à favoriser chez ces adolescents serait l'engagement actif et intentionnel dans le traitement qui leur est prescrit, distinction apportée par plusieurs auteurs (Baumann & Trincard, 2002; Ellis et al., 2000; Meichenbaum & Turk, 1987; Willey et al., 2000). Baumann, Baumann et Alla (2004) ajoutent que le respect de l'autonomie du patient par le médecin est associé à une meilleure observance puisque « repérer les pratiques d'auto-régulation chez les patients

permet de mieux les comprendre, d'apporter des explications appropriées et de les aider à développer leurs aptitudes à faire face à la gestion de leur médication» (p. 447). Une telle pratique serait à préconiser chez les prescripteurs pour qu'ils identifient les motivations personnelles des adolescents, celles-ci ayant un impact important sur les attitudes d'observance.

Bien que les méthodes éducatives n'obtiennent pas toutes des résultats probants, il semble que la combinaison d'un entraînement aux habiletés personnelles et d'interventions comportementales augmentent l'adhérence à la médication et sont à privilégier (Dolder, Lacro, Leckband & Jeste, 2003). Ajoutons qu'une attention particulière devrait être portée aux connaissances, aux opinions et aux attitudes générales des adolescents pris en charge par les centres de réadaptation. De même, il serait souhaitable d'être attentif aux associations spontanées entre drogues et médicaments psychotropes qui surgissent chez les adolescents ayant été exposés à ces deux types de substances psychotropes. Les intervenants devraient porter une attention importante au fait que les représentations des médicaments psychotropes ne sont pas sans lien avec les attitudes en regard des drogues et du milieu d'origine des adolescents.

Comme en font foi certaines études, les perceptions et l'engagement des proches, en regard de la prescription psychopharmacologique, ont un impact sur les perceptions qu'auront à leur tour les mineurs envers la médication prescrite (Bush & Iannotti, 1990; Chappuy, Tréluyer, Gary, Pons & Chéron, 2005; Van De Geest, Renteln-Kruse, Steeman, Degraeve, & Abraham, 1998; Williams, Hollis & Benoit, 1998). En conséquence, il apparaît important d'éduquer les proches et les intervenant sur les

motifs, les effets souhaités et les effets secondaires indésirables de la prescription, afin qu'ils puissent juger des bénéfices et des conséquences défavorables possibles de celle-ci. Étant mieux renseignés, ils pourraient jouer un rôle plus actif auprès du jeune.

Par rapport aux prescripteurs, il importe de mentionner qu'au-delà de la relation existant entre le patient et son médecin, la personnalité, le style de communication de ce dernier, ainsi que les explications et informations qu'il transmet au sujet de la médication jouent sur l'observance (Becker & Mainman, 1975; Bultman & Svarstad, 2000; Conrad, 1985; Davis, 1968; Evans & Spelman, 1983; Korsh, Gozzi & Francis, 1968; Ross, 1991) et qu'ils méritent d'être plus largement étudiés afin de mieux comprendre leur influence (Ellis, Shumaker, Sieber & Rand, 2000). Byrne, Deane, Lambert et Coomds (2004) s'attardent surtout aux habiletés personnelles des professionnels lorsqu'ils soulignent que certains cliniciens ne possèdent pas toutes les compétences nécessaires pour favoriser une bonne observance chez leurs patients. Byrne et al. (2004) ont ainsi élaboré un programme de formation visant à améliorer les compétences, les attitudes et les savoirs des médecins au sujet de l'observance. De la même façon, Davis (1968) avait encouragé les médecins à miser sur leur habileté à établir un bon rapport avec leurs patients dans le but de les amener à comprendre l'utilité et la nécessité de la prescription. Dans un même ordre d'idées, Krener et Mancina (1994) ont souligné que certains éléments éthiques, propres à la prescription à un mineur, devaient être pris en compte par le prescripteur : les droits de l'enfant, les relations existantes entre celui-ci et l'adulte responsable des soins, la capacité de développement de l'enfant en ce qui a trait à son aptitude à comprendre le traitement, le processus de consentement libre et éclairé et la coercition possible de l'enfant par les adultes responsables ou le traitement lui-même.

Pour améliorer l'observance, il conviendrait de mettre en place des mesures visant à favoriser le sentiment d'engagement du patient dans la relation thérapeutique. Le traitement et son observance peuvent être favorisés, lorsque la perception des problèmes existants et des solutions possibles est partagée par le patient et le médecin. Des stratégies tentant de favoriser cette perception partagée seraient ainsi à développer (Morlino, Martucci, Musella, Bolzan & Girolamo, 1995).

Des mesures éducatives ayant pour objectif, d'une part, une meilleure information des patients quant aux effets attendus des médicaments, à leur fonctionnement et aux modes d'administration et, d'autre part, la formation des médecins quant à l'optimisation de l'observance chez leurs patients, seraient à mettre en place. L'utilité de l'élaboration de mesures éducatives destinées aux patients a déjà été proposée par Lacro (2004). En outre, selon Melamed et Szor (1999), il importe que le clinicien tente de comprendre la signification de l'observance pour son patient. Une écoute attentive des craintes du patient pourrait favoriser une meilleure observance. Il semble enfin que le contexte d'autorité soit la pierre angulaire des éléments contextuels influençant l'observance. Britten (1998) soutient que l'observance devrait être considérée comme un partenariat dans lequel les deux partis en cause (le prescripteur et le patient) respectent le point de vue de l'autre, ce qui est difficile à mettre en œuvre dans des contextes d'autorité. Qui plus est, le concept d'observance est souvent teinté d'une approche paternaliste dans laquelle le médecin se considère le spécialiste détenant le savoir et l'expérience lui permettant de connaître ce qui est bon pour son patient (Melamed & Szor, 1999).

Cette thèse a étudié l'observance de la prescription psychopharmacologique pour une population d'adolescents hébergés en centres de réadaptation. D'abord par une recension des écrits et l'élaboration d'un modèle conceptuel, puis par la mesure empirique du phénomène et finalement par l'analyse des perceptions entretenues par ces adolescents, nous avons été en mesure d'obtenir une perspective plus globale sur l'observance. Il semblait évident dès l'amorce de ce projet qu'une grande proportion d'adolescents en centres de réadaptation au Québec recevaient une prescription de médicaments psychotropes, mais aucune étude ne s'était encore attardée à la façon dont ces médicaments étaient perçus et consommés par les premiers concernés, les adolescents.

Nous espérons que les conclusions mises en lumière par cette thèse pourront être utiles aux intervenants impliqués dans la prescription ou dans la distribution des médicaments en centres de réadaptation, tels les infirmier(ère)s, les éducateur(trice)s, ainsi que les autres professionnels pouvant entretenir une relation d'aide avec l'adolescent. Cette thèse comporte certes des limites, mais nous croyons qu'elle ouvre la voie à d'autres recherches qui pourraient mieux cerner le phénomène de l'observance et à développer des stratégies d'intervention prenant en compte la perspective du patient sur la prescription qui lui est faite. Plutôt que de développer des méthodes favorisant la « soumission » des adolescents à l'endroit des prescriptions qui leur sont attribuées, nous souhaitons que les intervenants prennent en compte les attitudes de ces adolescents et agissent en ce sens plutôt qu'en vue de l'obtention du simple comportement d'observance manifeste. Il serait souhaitable de miser sur le développement de

l'autonomie des adolescents en regard de leurs prescriptions. Le but serait de favoriser l'implication active des jeunes à l'égard de leurs prescriptions de médicaments psychotropes, dans le cadre de leur traitement psychopharmacologique, tant en ce qui concerne la consommation des médicaments, l'acquisition de connaissances les concernant, que la relation thérapeutique avec le prescripteur. D'autant plus qu'ils sortiront de ce contexte dans des délais plus ou moins longs et qu'ils auront à assumer une plus grande responsabilité à l'égard de leurs prescriptions psychopharmacologiques.

Références

- Achenbach, T.M. (1991). *Child Behavior Checklist, CBCL/4-18*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Baillargeon, J., Contreras, S., Grady, J. J., Black, S. A., & Murray, O. (2000). Compliance with antidepressant medication among prison inmates with depressive disorders. *Psychiatric Services, 51*(11), 1444-1446.
- Baumann, M., Baumann, C., & Alla, F. (2004) Non observance des psychotropes : implication thérapeutique mutuelle du patient et du médecin généraliste. *La Presse Médicale, 33*, 445-448.
- Baumann, M., & Trincard, M. (2002). Les attitudes d'autonomie dans l'observance thérapeutique d'une cohorte de consommateurs continus de psychotropes. *Encephale, 28*(5 Pt 1), 389-396.
- Bastiaens L. (1992a). Knowledge, expectations, and attitudes of hospitalized children and adolescents in psychopharmacological treatment. *Journal of child and adolescent psychopharmacology, 2*(3), 157-171.
- Bastiaens, L., Chowdhury, S., & Gitelman, L. (2000). Medication samples and drug compliance. *Psychiatric Services, 51*(6), 819.
- Beck, C. A., Williams, J, Wang, J. L., Kassam, A., El-Guebaly, N. Currie, Maxwell, C. J., & Patten, S. B. (2005) Psychotropic medication use in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry, 50*(10), 605-613.
- Becker, M.H., & Mainman, L.A. (1975). Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations. *Medical Care, 13*(1), 10-24.
- Benkert, O., Graf-Morgenstern, M., Hillert, A., Sandmann, J., Ehmgig, S. C., Weissbecker, H., Kepplinger, H. M., and Sobota, K. (1997). Public opinion on

- psychotropic drugs: an analysis of the factors influencing acceptance or rejection. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 185(3), 151-8.
- Bergmann, J.F., Dohin, E. & Juillet, Y. (2002) Observance, efficacité et qualité de vie. *Thérapie*, 57 (4), 366-378.
- Bernstein, G.A., Anderson, L.K., Hektner, J.M., & Realmuto, G.M. (2000). Imipramine Compliance in Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(3), 384-391.
- Bickman, L., Vides de Andrade, A.R., Lambert, E.W., Doucette, A., Sapyta, J., Boyd, A.S., Rumberger, D.T., Moore-Kurnot, J., McDonough, L.C., & Rauktis, M.B. (2004). Youth Therapeutic Alliance in Intensive Treatment Settings. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 31(2), 134-148.
- Bourgeois, J.A. (2005). Compliance with psychiatric treatment in primary care : review and strategies. *Primary Psychiatry*, 12(6), 40-47.
- Bowen, J., Fenton, T., & Rappaport, L. (1991). Stimulant medication and attention deficit-hyperactivity disorder. The child's perspective. *American Journal of Diseases of Children*, 145(3), 291-295.
- Bradley, S.S. (2003). The psychology of psychopharmacology triangle: the client, the clinicians and the medication. *Social Work in Mental Health*, 1(4), 29-50.
- Breland-Noble, A. M., Elbogen, E. B., Farmer, E. M. Z. Dubs, M S. Wagner, H. R., & Burns, B. J. (2004). Use of Psychotropic Medications by Youths in Therapeutic Foster Care and Group Homes. *Psychiatric Services*, 55(6), 706-708.
- Breen, R., & Thornhill, J.T. (1998). Noncompliance with medication for psychiatric disorders. *CNS Drugs* 9, 457-471.

- Britten, N. (1998). Psychiatry, stigma, and resistance. Psychiatrists need to concentrate on understanding, not simply compliance. *British Medical Journal*, 317(7164), 963-964.
- Brownell, M. D., & Yogendran, M. S. (2001). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Manitoba Children: Medical Diagnosis and Psychostimulant Treatment Rates. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 264-272.
- Buck, J.A. (1997). Utilization of Medicaid mental health services by nondisabled children and adolescents. *Psychiatric Services*, 48(1), 65-70.
- Bultman, D.C., & Svarstad, B.L. (2000). Effects of physician communication style on client medication beliefs and adherence with antidepressant treatment. *Patient Education and Counseling*, 40(2), 173-185.
- Busch, P.J., & Iannotti, R.J. (1990). A Children's Health Belief Model. *Medical Care*, 28(1), 69-86.
- Byrne, M.K., Deane, F.P., Lambert, G., & Coomds, T. (2004). Enhancing medication adherence: clinician outcomes from the Medication Alliance training program. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(4), 246.
- Chappuy, H., Tréluyer, J.-M., Gary, A., Pons, G., & Chéron, G. (2005). Observance médicamenteuse chez l'enfant. *Archives de pédiatrie*, 12, 921-923.
- Charach, A., Ickowicz, A., & Schachar, R. (2004). Stimulant Treatment Over Five Years: Adherence, Effectiveness, and Adverse Effects. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(5), 559-567.
- Cohen, D., & Collin, J. (1997). Les toxicomanies liées aux médicaments psychotropes chez les personnes âgées, les femmes et les enfants : recension et analyse des écrits. Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

- Coletti, D.J., Leigh, E., Gallelli, K.A., & Kafantaris, V. (2005). Patterns of Adherence to Treatment in Adolescents with Bipolar Disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15(6), 913-917.
- Collin, J. (2002). Observance et fonctions symboliques du médicament. *Gérontologie et Société*, 103, 141-157.
- Conrad, P. (1985). The meaning of medications : another look at compliance. *Social Sciences and Medicine*, 20(1), 29-37.
- Corkum, P., Rimer, P., & Schachar, R. (1999). Parental Knowledge of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Opinions of Treatment Options: Impact on Enrolment and Adherence to a 12-Month Treatment Trial. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 1043-1048.
- Cramer, J.A., & Rosenheck, R. (1998). Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatric Services*, 49(2), 196-201.
- Davis, M.S. (1968). Variations in patients' compliance with doctors' advice: an empirical analysis of patterns of communication. *American Journal of Public Health & the Nation's Health*, 58(2), 274-288.
- Delgado, P.L. (2000). Approaches to the Enhancement of Patient Adherence to Antidepressant Medication Treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(suppl.2), 6-9.
- De Los Reyes, A., & Kazdin, A.E. (2005). Informant Discrepancies in the Assessment of Childhood Psychopathology: A Critical Review, Theoretical Framework, and Recommendations for Further Study. *Psychological Bulletin*, 131(4), 483-509.
- Demmytenaere, K. (1997). Compliance during treatment with antidepressants. *Journal of Affective Disorders*, 43, 27-39.

- DiMatteo, M. R. (1994). Enhancing patient adherence to medical recommendations. *JAMA: Jan 5, 271(1)*, 79.
- Dolder, C.R., Lacro, J.P., Leckband, S., & Jeste, D.V. (2003) Interventions to Improve Antipsychotic Medication Adherence: Review of Recent Literature. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 23(4), 389-399.
- DosReis, S., Zito, J.M., Safer, D.J., & Soeken, K.L. (2001). Mental health services for youths in foster care and disabled youths. *American Journal of Public Health*, 91(7), 1094-1099.
- DosReis, S., Zito, J.M., Safer, D.J., Soeken, K.L., Mitchell, J.W.Jr, & Ellwood, L.C. (2003). Parental perceptions and satisfaction with stimulant medication for attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 24(3), 155-162.
- Ellis, S., Shumaker, S., Sieber, W., & Rand, C. (2000). Adherence to pharmacological interventions. Current trends and future directions. *The Pharmacological Intervention Working Group. Controlled Clinical Trials*, 21(5 Suppl), 218S-225S.
- Evans, L., & Spelman, M. (1983). The problem of non-compliance with drug therapy. *Drugs*, 25(1), 63-76.
- Fawcett, J. (1995). Compliance: definitions and key issues. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56 (Suppl 1), 4-8.
- Flick, U. (1992). *La Perception quotidienne de la santé et de la maladie : théories subjectives et représentations sociales*. Paris, France : L'Harmattan. 399 p.

- Floersch, J. (2003). The Subjective Experience of Youth Psychotropic Treatment. *Social Work in Mental Health, 1*(4), 51-69.
- Ghaziuddin, N., King, C.A., Hovey, J.D., Zaccagnini, J., & Ghaziuddin, M. (1999). Medication noncompliance in adolescents with psychiatric disorders. *Child Psychiatry and Human Development, 30*(2), 103-110.
- Goodwin, R., Gould, M.S., Blanco, & Olfson, M. (2000). Prescription of psychotropic medications to youths in office-based practice. *Psychiatric Services, 52*(8), 1081-1087.
- Gouvernement du Québec – Ministère de l'Éducation. (2000). Rapport du comité-conseil sur le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité et sur l'usage de stimulants du système nerveux central. Québec, QC : Bibliothèque nationale du Québec.
- Gordis, L. (1976). Methodologic Issues in the Measurment of Patient Compliance. In Sackett D., Haynes R. B. (Eds.). *Compliance with Therapeutic Regimens* (pp.51-66). Baltimore : Johns Hopkins University Press.
- Gray, S.L., Mahoney, J.E., & Blough, D.K. (2001). Medication adherence in elderly patients receiving home health services following hospital discharge. *Annals of Pharmacotherapy, 35*(5), 539-545.
- Green, M.J., Mitchell, G., Stocking, C.B., Cassel, C.K., & Siegler, M. (1996). Do actions reported by physicians in training conflict with consensus guidelines on ethics? *Archives of Internal Medicine, 156*(3), 298-304.
- Greenhill, L.L., & Setterberg, S. (1993). Pharmacotherapy of disorders of adolescents. *Psychiatric Clinics of North America, 16*(4), 793-814.

- Hack, S., & Chow, B. (2001). Pediatric psychotropic medication compliance: a literature review and research-based suggestions for improving treatment compliance. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 11(1), 59-67.
- Horne, R., & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(6), 555-567.
- Ivis, F. J., & Adlaf, E. M. (1999). Prevalence of Methylphenidate Use Among Adolescents in Ontario. *Canadian Journal of Public Health*, 90(5), 309-312.
- Keable, P., & Laframboise, J. (2005). *Cueillette d'informations sur la clientèle hébergée au CJM-IU en vertu de mesures de type centre de réadaptation, dans le cadre de la LSSSS, de la LPJ ou de la LSJPA*. Montréal : Centre jeunesse de Montréal – Institut Universitaire. Rapport de recherche inédit.
- Kraemer, H.C., Measelle, J.R., Ablow, J.C., Essex, M.J., Boyce, W.T., & Kupfer, D.J. (2003). A New Approach to Integrating Data From Multiple Informants in Psychiatric Assessment and Research: Mixing and Matching Contexts and Perspectives. *American Journal of Psychiatry*, 160(9), 1566-1577.
- Krener, P.K. & Mancina, R.A. (1994). Informed Consent or Informed Coercion? Decision-Making in Pediatric Psychopharmacology. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 4 (3), 183-200.
- Korsch, B.M., Gozzi, E.K., & Francis, V. (1968). Gaps in doctor-patient communication. *Pediatrics*, 42, 855-871.
- Lacro, J. (2004) Medication Adherence. *Medscape Psychiatry and Mental Health*, 9 (1).

- Lafortune, D., & Collin, J. (2002-2005). Aspects sociaux du recours aux médicaments psychotropes dans l'intervention auprès des adolescents placés dans les Centres de réadaptation. CRSH – Subvention ordinaire de recherche.
- Lafortune, D. & Laurier, C. (2005) Le recours aux médicaments psychotropes dans la prise en charge des jeunes hébergés dans les Centres Jeunesse. In Guyon, L., Brochu, S., et Landry, M. (Eds.), *Les jeunes et les drogues*, pp. 203-233. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Lafortune, D., Laurier, C., & Gagnon, F. (2004). Prévalence et facteurs associés à la prescription de médicaments psychotropes chez les sujets placés en Centre Jeunesse. *Revue de psychoéducation*, 33(1), 157-176.
- Leo, R.J., Jassal, K., & Bakhai, Y.D. (2005). Nonadherence with psychopharmacologic treatment among psychiatric patients. *Primary Psychiatry*, 12(6), 33- 39.
- Lerner, B.H. (1997). From careless consumptives to recalcitrant patients: the historical construction of non-compliance. *Social Sciences and Medicine*, 45(9), 1423-1431.
- Leventhal, H. (1985). The role of theory in the study of adherence to treatment and doctor-patient interactions. *Medical Care*, 23(5), 556-563.
- Levy, G., Zamacona, M.K., & Jusko, W.J. (2000). Developing compliance instructions for drug labeling. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 69(6), 586-591.
- Lloyd, A., Horan, W., Borgaro, S.R., Stokes, J.M., Pogge, D.L., & Harvey, P.D. (1998). Predictors of medication compliance after hospital discharge in adolescent psychiatric patients. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 8(2),

133-141.

- Martin, A., Van Hoof, T., Stubbe, D., Sherwin, T., & Scahill, L. (2003). Multiple Psychotropic Pharmacotherapy Among Child and Adolescent Enrollees in Connecticut Medicaid Managed Care. *Psychiatric Services*, 54(1), 72-77.
- McDonnell, P.J., & Jacobs, M.R. (2002). Hospital Admissions Resulting from Preventable Drug Reactions. *The Annals of Pharmacotherapy*, 36, 1331-1336.
- Meichenbaum, D., & Turk, D.C. (1987). *Facilitating treatment adherence*. New-York: Plenum Press.
- Melamed, Y., & Szor, H. (1999). The Therapist and the Patient: Coping With Noncompliance. *Comprehensive Psychiatry*, 40(5), 391-395.
- Mercier, C. (1989). Le rôle des facteurs subjectifs dans la fidélité à la médication. *Revue canadienne de psychiatrie*, 34, 662-667.
- Misdrahi, D., Llorca, P.-M., Lançon, C., & Bayle, F.-J. (2002). L'observance dans la schizophrénie : facteurs prédictifs, voies de recherches, implications thérapeutiques. *L'Encéphale*, 28, 266-272.
- Moline, S., & Frankengerger, W. (2001). Use of stimulant medication for treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: a survey of middle and high school students' attitudes. *Psychology in the Schools*, 38(6), 569-584.
- Morlino, M., Martucci, G., Musella, V., Bolzan, M., & de Girolamo, G. (1995). Patients dropping out of treatment in Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 1-6.
- Nichol, M.B., Venturini, F., & Sung, J.C. (1999). A critical evaluation of the

- methodology of the literature on medication compliance. *Annals of Pharmacotherapy*, 33(5), 531-540.
- Olfson, M., Marcus, S.C., Weissman, M., & Jensen, P.S. (2002). National Trends in the Use of Psychotropic Medications by Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(5), 514-521.
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to Medication. *The New England Journal of Medicine*, 353(5), 487-497.
- Pampallona, S., Bollini, P., Tibaldi, G., Kupelnick, B., & Munizza, C. (2002). Patient adherence in the treatment of depression. *British Journal of Psychiatry*, 180, 104-109.
- Pogge, D.L., Biren Singer M., & Harvey, P.D. (2005). Rates and Predictors of Adherence with Atypical Antipsychotic Medication : A Follow-Up Study of Adolescent Inpatients. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15(6), 901-912.
- Pound, P., Briten, N., Morgan, M., Yardley, L., Pope, C., Daker-White, G., & Campbell, R. (2005). Resisting medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine taking. *Social Sciences & Medicine*, 61, 133-155.
- Preston, D.L. (2000). La résistance au traitement en milieu correctionnel. *Forum : Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 12 (2), 24-28.
- Principe, J. M., Marci, C. D., Glick, D. M., & Ablon, J. S. (2006). The relationship among patient contemplation, early alliance, and continuation in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(2), 238-243.

- Raghavan, R., Zima, B. T. Anderson, R.M., Leibowitz, A. A., Schuster, M. A., & Landsverk, J. (2005). Psychotropic Medication Use in a National Probability Sample of Children in the Child Welfare System. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15(1), 97-106.
- Rappaport, N., & Chubinsky, P. (2000). The Meaning of Psychotropic Medications for Children, Adolescents, and Their Families. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(9), 1198-1200.
- Ross, F.M. (1991). Patient compliance – Whose responsibility? *Social Sciences and Medicine*, 32(1), 89-94.
- Safer, D. J., Zito, J. M., & Fine, E. M. (1996). Increased methylphenidate usage for attention deficit disorder in the 1990s. *Pediatrics*, 98 (6), 1084-1088.
- Scharf, M.A., & Williams, T.P. (2006). Psychopharmacology in Adolescent Medicine. *Adolescent Medicine Clinics*, 17, 165-181.
- Seo, M.-A., & Min, S.-K. (2005). Development of a Structural Model Explaining Medication Compliance of Persons with Schizophrenia. *Yonsei Medical Journal*, 46(3), 331-340.
- Sher, I., McGinn, L., Sirey, J., & Meyers, B. (2005). Effects of Caregivers' Perceived Stigma and Causal Beliefs on Patients' Adherence to Antidepressant Treatment. *Psychiatric Services*, 56(5), 564-569.
- Spoont, M., Sayer, N., & Nelson, D. B. (2005). PTSD and Treatment Adherence – The Role of Health Beliefs. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(8), 515-522.
- Stanger, C., & Lewis, M. (1993). Agreement Among Parents, Teachers, and Children on Internalizing and Externalising Behavior Problems. *Journal of Clinical Child*

Psychology, 22(1), 107-115.

Taj, R., & Khan, S. (2005). A Study of Reasons of Non-Compliance to Psychiatric Treatment. *Journal of Ayub Medical College (JAMC)*, 17(2), 26-28.

Thiruchelvam, D., Charach, A., & Schachar, R. J. (2001). Moderators and Mediators of Long-Term Adherence to Stimulant Treatment in Children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(8), 922-928.

Van De Geest, S., Renteln-Kruse, W.v., Steeman, E., Degraeve, S., & Abraham, I.L. (1998). Compliance Issues with the geriatric population. *Nursing Clinics of North America*, 33(3), 467-480.

Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26(5), 331-342.

Vik, S. A., Maxwell, C. J., & Hogan, D. B. (2004). Measurement, correlates, and health outcomes of medication adherence among seniors. *The Annals of Pharmacotherapy*, 38(2), 303-312.

Vitolins, M.Z., Rand, C.S., Rapp, S.R., Ribisl, P.M., & Seivick, M.A. (2000). Measuring adherence to behavioral and medical interventions. *Controlled Clinical Trials*, 21(5 Suppl), 188S-194S.

Weiden, P. J., & Rao, N. (2005). Teaching Medication Compliance to Psychiatric Residents: Placing an Ophan Topic Into a Training Curriculum. *Academic Psychiatry*, 29(2), 203-210.

- Wiley, C., Redding, C., Stafford, J., Garfield, F., Geletko, S., Flanigan, T., Melbourne, K., Mitty, J., & Caro, J. J. (2000). Stages of change for adherence with medication regimens for chronic disease: development and validation of a measure. *Clinical Therapeutics*, 22(7), 858-871.
- Williams, R. A., Hollis, H. M., & Benoit, K. (1998). Attitudes toward psychiatric medications among incarcerated female adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(12), 1301-1307.
- Winnick, S., Lucas, D.O., Hartman, A.L., & Toll, D. (2005). How Do You Improve Compliance? *Pediatrics*, 115 (6), e718-e724.
- Wong, I. C. K., Murray, M. L., Camilleri-Novak, D., & Stephens, P. (2004). Increased prescribing trends of paediatric psychotropic medications. *Archives of Disease in Childhood*, 89, 1131-1132.
- World Health Organization Takes Problem of Poor Treatment Adherence. (2003). *Psychiatric Services*, 54(7), 1052-1053.
- Youngstrom, E., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2000). Patterns and Correlates of Agreement Between Parent, Teacher, and Male Adolescent Ratings of Externalizing and Internalizing Problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 1038-1050.
- Zima, B. T., Bussing, R., Crecelius, G. M., Kaufman, A., & Belin, T. R. (1999). Psychotropic medication use among children in foster care: relationship to severe psychiatric disorders. *American Journal of Public Health*, 89(11), 1732-1735.
- Zito, J. M., Safer, D. J., dosReis, S., Gardner, J. F., Magder, L., Soeken, K., Boles, M., Lynch, F., & Riddle, M. A. (2003). Psychotropic practice patterns for youths: a

10-years perspective. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 157 (1), 17-25.

Zito, J. M., Safer, D. J., dosReis, S., Gardner, J. F., Soeken, K., Boles, M., & Lynch, F., (2002). Rising Prevalence of Antidepressants Among US Youths. *Pediatrics*, 109(5), 721-727.

Appendices

Appendice A

Grille d'évaluation des comportements et des attitudes face à la médication psychotrope (ÉCAOPP)

Partie 1

Pour chacun des médicaments, remplir les 4 questions suivantes :

- A) Nom du médicament :
B) Pourquoi prends-tu ce médicament ?

1. Par rapport à ce premier motif de prescription (raison pour laquelle on te l'a prescrit), est-ce que ce médicament t'aide

- ⁴ ☐ Oui, beaucoup (toujours)
³ ☐ Oui, la plupart du temps (plus de la moitié du temps)
² ☐ Oui, la moitié du temps
¹ ☐ Oui, un peu (moins de la moitié du temps)
⁰ ☐ Non, pas du tout

2. De manière globale, dans ta vie quotidienne (par exemple : relations avec tes amis, à l'école, dans ton sommeil), est-ce que ce médicament t'aide?

- ⁴ ☐ Oui, beaucoup (toujours)
³ ☐ Oui, la plupart du temps (plus de la moitié du temps)
² ☐ Oui, la moitié du temps
¹ ☐ Oui, un peu (moins de la moitié du temps)
⁰ ☐ Non, pas du tout

Partie 2

Répondre aux questions suivantes en tenant compte de l'ensemble des médicaments prescrits

3. Acceptation du (des) médicament(s) ou traitement médical (pharmacologique) – médicaments psychotropes :

- ⁵ ☐ J'accepte mon (mes) médicament(s) et je le(s) demande spontanément.
⁴ ☐ J'accepte mon (mes) médicament(s) sans résistance, mais je ne le(s) demande pas.
³ ☐ Je coopère en prenant mon (mes) médicament(s), mais je n'aime pas le(s) prendre.
² ☐ J'ai besoin d'encouragements ou de récompenses pour prendre mon (mes) médicament(s), mais je n'ai pas besoin de pressions pour le(s) prendre.
¹ ☐ J'ai besoin parfois de pressions pour prendre mon (mes) médicament(s). Ce n'est pas parce que j'ai des problèmes avec un ou des membre(s) du personnel.
⁰ ☐ Je refuse souvent de prendre mon (mes) médicament(s). Le recours aux pressions est souvent nécessaire.

4. Observance du traitement :

- ⁵ ☐ Je prends toujours mon (mes) médicament(s) (avec ou sans encouragements et/ou menaces).
⁴ ☐ Je prends très souvent mon (mes) médicament(s) (3 fois sur 4).
³ ☐ Je prends souvent mon (mes) médicament(s) (1 fois sur 2).
² ☐ Je prends parfois mon (mes) médicament(s) (1 fois sur 4).
¹ ☐ Je prends rarement mon (mes) médicament(s) (moins d'une fois sur 4).
⁰ ☐ Je ne prends jamais le(s) médicament(s) qui m'est (me sont) prescrit(s).

5. J'ai des effets secondaires (maux de tête, nausées, bouche sèche, difficultés de sommeil, fatigue, etc.) entraînés par mon (mes) médicament(s) :

- ⁵ ☐ Toujours.
- ⁴ ☐ Très souvent (3 fois sur 4)
- ³ ☐ Souvent (1 fois sur 2)
- ² ☐ Parfois (1 fois sur 4)
- ¹ ☐ Rarement (moins d'une fois sur 4)
- ⁰ ☐ Jamais

6. Je recrache mon (mes) médicament(s) :

- ⁵ ☐ Toujours.
- ⁴ ☐ Très souvent (3 fois sur 4)
- ³ ☐ Souvent (1 fois sur 2)
- ² ☐ Parfois (1 fois sur 4)
- ¹ ☐ Rarement (moins d'une fois sur 4)
- ⁰ ☐ Jamais

7. Je cache/dissimule mon (mes) médicament(s) :

- ⁵ ☐ Toujours.
- ⁴ ☐ Très souvent (3 fois sur 4)
- ³ ☐ Souvent (1 fois sur 2)
- ² ☐ Parfois (1 fois sur 4)
- ¹ ☐ Rarement (moins d'une fois sur 4)
- ⁰ ☐ Jamais

8. J'accumule (garde) mon (mes) médicament(s) :

- ⁵ ☐ Toujours.
- ⁴ ☐ Très souvent (3 fois sur 4)
- ³ ☐ Souvent (1 fois sur 2)
- ² ☐ Parfois (1 fois sur 4)
- ¹ ☐ Rarement (moins d'une fois sur 4)
- ⁰ ☐ Jamais

9. Il m'est déjà arrivé (même si c'est seulement une fois) de donner à d'autres ou de vendre mon (mes) médicament(s) :

- ¹ ☐ Oui
- ⁰ ☐ Non

10. Il arrive parfois que les gens trouvent difficile de prendre leur médication tel que prescrit par leur médecin. « Tel que prescrit » signifie prendre constamment la dose de médicament dicté par votre médecin, au(x) moment(s) dicté(s) par votre médecin. Veuillez indiquer l'énoncé qui décrit le mieux la façon dont vous vous sentez présentement quant au fait de prendre votre médication tel que prescrite.

- ⁰ ☐ Je ne prends pas ma médication tel que prescrite et, présentement, je n'envisage pas de le faire.
- ¹ ☐ Je ne prends pas ma médication tel que prescrite mais, présentement, j'envisage de le faire.
- ² ☐ Je ne prends pas ma médication tel que prescrite mais je prévois commencer à le faire.
- ³ ☐ Présentement, je prends constamment ma médication tel que prescrite, toutefois je le fais depuis moins de six mois.
- ⁴ ☐ Présentement, je prends constamment ma médication tel que prescrite et je l'ai fait depuis au moins six mois.

11. Je pense que les médicaments donnés par les psychiatres (pédopsychiatres) sont généralement efficaces.

- ⁴ ☐ Fortement en accord.
- ³ ☐ Moyennement en accord.
- ² ☐ Neutre ou indécis.
- ¹ ☐ Moyennement en désaccord.
- ⁰ ☐ Fortement en désaccord.

12. Je pense que les médicaments donnés par les psychiatres (pédopsychiatres) sont généralement bons pour la santé physique.

- ⁴ ☐ Fortement en accord.
- ³ ☐ Moyennement en accord.
- ² ☐ Neutre ou indécis.
- ¹ ☐ Moyennement en désaccord.
- ⁰ ☐ Fortement en désaccord.

13. Je pense que les médicaments donnés par les psychiatres (pédopsychiatres) sont généralement bons pour la santé mentale.

- ⁴ ☐ Fortement en accord.
- ³ ☐ Moyennement en accord.
- ² ☐ Neutre ou indécis.
- ¹ ☐ Moyennement en désaccord.
- ⁰ ☐ Fortement en désaccord.

14. De manière générale, je pense que les gens qui prennent des médicaments pour leurs comportements ou leurs émotions prennent les bons moyens pour régler leurs problèmes.

- ⁴ ☐ Fortement en accord.
- ³ ☐ Moyennement en accord.
- ² ☐ Neutre ou indécis.
- ¹ ☐ Moyennement en désaccord.
- ⁰ ☐ Fortement en désaccord.

Échelle d'observation de l'observance de la psychopharmacoprescription (ÉCOPP-Obs)

1- L'adolescent prend-t-il ses médicaments?

| | |
|----------------|--|
| ⁵ ○ | Le jeune prends toujours son (ses) médicament(s) (avec ou sans encouragements et/ou conséquences négatives). |
| ⁴ ○ | Le jeune prend très souvent son (ses) médicament(s) (3 fois sur 4). |
| ³ ○ | Le jeune prend souvent son (ses) médicament(s) (1 fois sur 2). |
| ² ○ | Le jeune prend parfois son (ses) médicament(s) (1 fois sur 4). |
| ¹ ○ | Le jeune prend rarement son (ses) médicament(s) (moins d'une fois sur 4). |
| ⁰ ○ | Le jeune ne prends jamais le(s) médicament(s) qui lui est (sont) prescrit(s). |

2- L'adolescent recrache-t-il son (ses) médicament(s) ?

| | |
|----------------|-----------------------------------|
| ⁵ ○ | Toujours |
| ⁴ ○ | Très souvent (3 fois sur 4) |
| ³ ○ | Souvent (1 fois sur 2) |
| ² ○ | Parfois (1 fois sur 4) |
| ¹ ○ | Rarement (moins d'une fois sur 4) |
| ⁰ ○ | Jamais |

3- L'adolescent cache-t-il ou dissimule-t-il son (ses) médicament(s) ?

| | |
|----------------|-----------------------------------|
| ⁵ ○ | Toujours |
| ⁴ ○ | Très souvent (3 fois sur 4) |
| ³ ○ | Souvent (1 fois sur 2) |
| ² ○ | Parfois (1 fois sur 4) |
| ¹ ○ | Rarement (moins d'une fois sur 4) |
| ⁰ ○ | Jamais |

4- L'adolescent cumule-t-il son (ses) médicament(s) ?

| | |
|----------------|-----------------------------------|
| ⁵ ○ | Toujours |
| ⁴ ○ | Très souvent (3 fois sur 4) |
| ³ ○ | Souvent (1 fois sur 2) |
| ² ○ | Parfois (1 fois sur 4) |
| ¹ ○ | Rarement (moins d'une fois sur 4) |
| ⁰ ○ | Jamais |

5- L'adolescent donne-t-il à d'autres son (ses) médicament(s) ?

| | |
|----------------|-----------------------------------|
| ⁵ ○ | Toujours |
| ⁴ ○ | Très souvent (3 fois sur 4) |
| ³ ○ | Souvent (1 fois sur 2) |
| ² ○ | Parfois (1 fois sur 4) |
| ¹ ○ | Rarement (moins d'une fois sur 4) |
| ⁰ ○ | Jamais |

6- L'adolescent vend-t-il son (ses) médicament(s) ?

| | |
|----------------|-----------------------------------|
| ⁵ ○ | Toujours |
| ⁴ ○ | Très souvent (3 fois sur 4) |
| ³ ○ | Souvent (1 fois sur 2) |
| ² ○ | Parfois (1 fois sur 4) |
| ¹ ○ | Rarement (moins d'une fois sur 4) |
| ⁰ ○ | Jamais |

Appendice B

Échelle d'évaluation psychiatrique pour enfants – version abrégée (*Brief Psychiatric Rating Scale for Children - BPRS-C*)

ÉCHELLE D'ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE

1. Manque de collaboration - négatif, ne collabore pas, résistant, difficile à encadrer.

Absent : collaborant, agréable, avenant

Faible : refuse occasionnellement de se soumettre aux règles et aux attentes,

dans un seul milieu ou une seule situation.

Modéré à sévère : refuse fréquemment de se soumettre aux règles/attentes, dans plus

d'un milieu ou plus d'une situation. Ce qui entraîne des failles ou des problèmes fréquents dans le fonctionnement.

Extrêmement sévère : refuse constamment de se soumettre aux règles/attentes, a des comportements délinquants (fait des fugues). Ce qui entraîne des failles ou des problèmes sévères de fonctionnement dans la plupart des situations, milieux.

Éép1

| Absent | Très faible | Faible | Modéré | Modéré à sévère | Sévère | Extrêmement sévère |
|--------|-------------|--------|--------|-----------------|--------|--------------------|
| 0 ○ | 1 ○ | 2 ○ | 3 ○ | 4 ○ | 5 ○ | 6 ○ |

2. Hostilité - affect de colère ou de SUSPICION, BELLIQUEUX, accusations et condamnations verbales d'autrui.

Absent : collaborant, agréable.

Faible : occasionnellement SARCASTIQUE, querelleur, peut élever la voix. Ce qui entraîne un dysfonctionnement modéré dans une situation ou un milieu précis.

Modéré à sévère : failles ou problèmes fréquents dans quelques situations ou milieux.

Extrêmement sévère : comportement agressif, destructeur. Ce qui entraîne des failles ou des problèmes sévères de fonctionnement dans la plupart des situations ou des milieux.

Éép2

| Absent | Très faible | Faible | Modéré | Modéré à sévère | Sévère | Extrêmement sévère |
|--------|-------------|--------|--------|-----------------|--------|--------------------|
| 0 ○ | 1 ○ | 2 ○ | 3 ○ | 4 ○ | 5 ○ | 6 ○ |

3. Manipulation - mensonge, fraude, escroquerie, exploitation d'autrui.

Absent : pas du tout.

Faible : peut avoir des problèmes occasionnellement pour avoir menti, peut frauder à l'occasion.

Modéré à sévère : fréquemment, il ment, manipule, raconte des histoires aux individus qu'il connaît. Ce qui entraîne des failles ou des problèmes fréquents de fonctionnement dans plusieurs situations ou milieux.

Extrêmement sévère : ses relations avec autrui sont constamment empreintes de manipulation et d'exploitation; manipule les étrangers pour leur soutirer de l'argent. Ce qui entraîne des failles ou problèmes de fonctionnement dans la plupart des situations ou milieux.

éép3

| Absent | Très faible | Faible | Modéré | Modéré à sévère | Sévère | Extrêmement sévère |
|--------|-------------|--------|--------|-----------------|--------|--------------------|
| 0 ○ | 1 ○ | 2 ○ | 3 ○ | 4 ○ | 5 ○ | 6 ○ |

4. Humeur dépressive - triste, pleure, conduite dépressive.

Absent : occasionnellement/disparaît rapidement.

Faible : périodes plus difficiles/excessives et soutenues pour les événements.

Modéré à sévère : malheureux la plupart du temps/sans DECLENCHEUR.

Extrêmement sévère : malheureux tout le temps, continuellement/DOULEUR PSYCHIQUE. Ce qui entraîne des problèmes ou des failles de fonctionnement sévères.

éép4

| Absent | Très faible | Faible | Modéré | Modéré à sévère | Sévère | Extrêmement sévère |
|--------|-------------|--------|--------|-----------------|--------|--------------------|
| 0 ○ | 1 ○ | 2 ○ | 3 ○ | 4 ○ | 5 ○ | 6 ○ |

5. Sentiment d'infériorité - faible confiance en soi, auto-dépréciation, sentiment d'incapacité personnelle.

Absent : se sent bien/positif envers lui-même.

Faible : occasionnellement ne se sent pas aussi bon que les autres/déficit dans une sphère.

Modéré à sévère : sent que les autres sont meilleurs qu'ils ne le sont réellement. Donne des réponses mauvaises ou IRONIQUES, incapable de songer à des points positifs le concernant.

Extrêmement sévère : sent constamment que les autres sont meilleurs. Ne se sent pas aimable/inutile, sans valeur/intérêt.

éép5

| Absent | Très faible | Faible | Modéré | Modéré à sévère | Sévère | Extrêmement sévère |
|--------|-------------|--------|--------|-----------------|--------|--------------------|
| 0 ○ | 1 ○ | 2 ○ | 3 ○ | 4 ○ | 5 ○ | 6 ○ |

6. IDEATION SUICIDAIRE – pensées, menaces ou tentatives de suicide.

Absent : pas du tout.

Faible : y pense lorsqu'en colère.

Modéré à sévère : pensées suicidaires et leur planification, de façon récurrente.

Extrêmement sévère : tentative de suicide (idéation suicidaire envahissante) au cours du dernier mois.

éép6

| Absent | Très faible | Faible | Modéré | Modéré à sévère | Sévère | Extrêmement sévère |
|--------|-------------|--------|--------|-----------------|--------|--------------------|
| 0 ○ | 1 ○ | 2 ○ | 3 ○ | 4 ○ | 5 ○ | 6 ○ |

7. Fantaisies étranges – idéations bizarres, inhabituelles, autistiques, récurrentes.

Absent : pas du tout.

Faible : peut avoir occasionnellement élaboré des histoires ou des compagnons imaginaires.

Modéré à sévère : élabore fréquemment des histoires imaginaires (en excluant les amis imaginaires), ce qui interfère occasionnellement avec sa perception de la réalité.

Extrêmement sévère : est souvent absorbé par l'élaboration de fantaisies, a des moments où il a des difficultés à distinguer la réalité de ses fantaisies. Considérer l'âge pour toutes les cotes précédentes.

éép7

| Absent | Très faible | Faible | Modéré | Modéré à sévère | Sévère | Extrêmement sévère |
|--------|-------------|--------|--------|-----------------|--------|--------------------|
| 0 ○ | 1 ○ | 2 ○ | 3 ○ | 4 ○ | 5 ○ | 6 ○ |

8. Illusions – illusions, idée de référence, DELIRES DE GRANDIOSITE ou de persécution.

Absent : pas d'illusion ou de délire.

Faible : occasionnellement sent que les étrangers le regardent, parlent ou se moquent de lui.

Modéré à sévère : DISTORSIONS COGNITIVES fréquentes, ne fait pas confiance et suspecte les autres.

Extrêmement sévère : ne fait pas confiance/suspecte tout le monde et toutes les situations. Ne peut pas distinguer la réalité.

éép8

| Absent | Très faible | Faible | Modéré | Modéré à sévère | Sévère | Extrêmement sévère |
|--------|-------------|--------|--------|-----------------|--------|--------------------|
| 0 ○ | 1 ○ | 2 ○ | 3 ○ | 4 ○ | 5 ○ | 6 ○ |

9. Hallucinations - expériences ou perceptions hallucinatoires visuelles, auditives ou autres.

Absent : n'a pas d'expérience visuelle, auditive ou sensorielle.

Faible : entend des noms, expériences après un événement, imagination active, vive.

Modéré à sévère : a des expériences définies, auditives (voix qui commentent ou commandent), visuelles (pendant la journée ou à quelques reprises), sensorielles (ordre spécifique).

Extrêmement sévère : a des expériences constantes auditives (voix qui commandent), visuelles (les images sont présentes pendant l'entretien), ou d'autres expériences ou perceptions.

éép9

| Absent | Très faible | Faible | Modéré | Modéré à sévère | Sévère | Extrêmement sévère |
|--------|-------------|--------|--------|-----------------|--------|--------------------|
| 0 ○ | 1 ○ | 2 ○ | 3 ○ | 4 ○ | 5 ○ | 6 ○ |

10. Hyperactivité - dépense énergétique excessive, fréquents changements de posture, mouvements constants.

Absent : légère agitation, remue peu. N'a pas d'impact sur le fonctionnement.

Faible : agitation occasionnelle, remue, changements fréquents de posture. Notable, mais ne cause pas de détérioration du fonctionnement.

Modéré à sévère : énergie et mouvements excessifs, ne peut pas rester sans bouger ou assis. Entraîne des problèmes dans le fonctionnement. Comportements qui demandent de l'aide.

Extrêmement sévère : excitation motrice continue, ne peut pas rester immobile. Entraîne des interférences majeures dans le fonctionnement dans la plupart des occasions et des situations.

éép10

| Absent | Très faible | Faible | Modéré | Modéré à sévère | Sévère | Extrêmement sévère |
|--------|-------------|--------|--------|-----------------|--------|--------------------|
| 0 ○ | 1 ○ | 2 ○ | 3 ○ | 4 ○ | 5 ○ | 6 ○ |

11. Distractibilité – faible concentration, temps d'attention réduit, réactivité aux stimuli périphériques.

Absent : la performance est cohérente avec l'habilité.

Faible : a des rêves éveillés ou est dans la lune occasionnellement, est facilement distrait. Est capable de se concentrer, de cibler son attention suite à une incitation.

Modéré à sévère : a des problèmes fréquents à se concentrer, évite les tâches cognitives ou mentales, est distrait facilement. A besoin fréquemment d'assistance ou d'aide pour demeurer concentré. Entraîne une diminution de la performance.

Extrêmement sévère : a besoin constamment d'assistance de rapport 1 pour 1 pour demeurer concentré.

éépl1

| Absent | Très faible | Faible | Modéré | Modéré à sévère | Sévère | Extrêmement sévère |
|--------|-------------|--------|--------|-----------------|--------|--------------------|
| 0 ○ | 1 ○ | 2 ○ | 3 ○ | 4 ○ | 5 ○ | 6 ○ |

12. Débit verbal ou vocal – discours excessif, empressé et bruyant.

Absent : pas du tout.

Faible : débit verbal plus rapide que la normale, la conversation n'est pas contrainte.

Modéré à sévère : très verbeux ou rapide, nerveux, ce qui rend la conversation forcée ou difficile à maintenir.

Extrêmement sévère : parle rapidement, continuellement et sans interruptions. La conversation est extrêmement difficile, voire impossible.

éépl2

| Absent | Très faible | Faible | Modéré | Modéré à sévère | Sévère | Extrêmement sévère |
|--------|-------------|--------|--------|-----------------|--------|--------------------|
| 0 ○ | 1 ○ | 2 ○ | 3 ○ | 4 ○ | 5 ○ | 6 ○ |

13. Discours non productif – pattern de réponse minimal, inhibé, clairsemé, voix faible.

Absent : pas du tout.

Faible : transmet occasionnellement un peu d'information par un discours minimal, vague, clairsemé, ou d'une voix faible.

Modéré à sévère : il est vague de façon persistante, a une voix faible, de sorte que dans $\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{2}$ du temps, la conversation est détériorée ou difficile à comprendre.

Extrêmement sévère : dans plusieurs occasions ou situations la conversation est sérieusement difficile et altérée.

éépl3

| Absent | Très faible | Faible | Modéré | Modéré à sévère | Sévère | Extrêmement sévère |
|--------|-------------|--------|--------|-----------------|--------|--------------------|
| 0 ○ | 1 ○ | 2 ○ | 3 ○ | 4 ○ | 5 ○ | 6 ○ |

14. Retrait émotionnel - relations non spontanées envers l'examineur, manque d'interaction avec les pairs, hypoactivité.

Absent : pas du tout.

Faible : occasionnellement peu ne pas répondre, refuse parfois les interactions avec les pairs.

Modéré à sévère : fréquemment ne répond pas, manque d'interaction avec les pairs, HYPOACTIF. Interfère dans les relations interpersonnelles.

Extrêmement sévère : est constamment insouciant de ceux qui l'entourent. A des expressions faciales préoccupées, ne répond pas aux questions posées par l'examineur ou ne le regarde pas.

épl4

| Absent | Très faible | Faible | Modéré | Modéré à sévère | Sévère | Extrêmement sévère |
|--------|-------------|--------|--------|-----------------|--------|--------------------|
| 0 ○ | 1 ○ | 2 ○ | 3 ○ | 4 ○ | 5 ○ | 6 ○ |

15. AFFECT EMOUSSE - expression émotionnelle déficiente, absence d'expression, affect plat.

Absent : pas du tout ou en raison d'une humeur dépressive.

Faible : un certain émoussement de l'affect. Démonstre occasionnellement une réponse émotionnelle pendant l'entretien (sourires, rires, pleurs).

Modéré à sévère : un émoussement de l'affect considérable. Fréquemment, il ne démontre pas de réponse émotionnelle pendant l'entretien (ne sourit pas, ne rit pas, ne regarde pas, ne pleure pas).

Extrêmement sévère : émoussement affectif constant. Il ne démontre pas de réponse émotionnelle (ne sourit, ne rit, ne regarde, ne pleure pas).

épl5

| Absent | Très faible | Faible | Modéré | Modéré à sévère | Sévère | Extrêmement sévère |
|--------|-------------|--------|--------|-----------------|--------|--------------------|
| 0 ○ | 1 ○ | 2 ○ | 3 ○ | 4 ○ | 5 ○ | 6 ○ |

16. Tension - nervosité, agitation, mouvements nerveux des mains ou des pieds.

Absent : pas du tout.

Faible : se sent nerveux ou agité occasionnellement. Peut être apaisé ou rassuré.

Modéré à sévère : se sent nerveux ou agité la plupart du temps. Entraîne une détresse mentale ou physique.

Extrêmement sévère : nervosité et agitation extrême et persistante, mouvements nerveux des mains et/ou des pieds.

épl6

| Absent | Très faible | Faible | Modéré | Modéré à sévère | Sévère | Extrêmement sévère |
|--------|-------------|--------|--------|-----------------|--------|--------------------|
| 0 ○ | 1 ○ | 2 ○ | 3 ○ | 4 ○ | 5 ○ | 6 ○ |

17. Anxiété - comportement d'agrippement, anxiété de séparation, préoccupations de l'ordre de l'anxiété, peurs ou phobies.

Absent : pas du tout.

Faible : soucis occasionnels (au moins 3 fois par semaine) au sujet d'événements anticipés ou courants, de séparations, de peurs ou de phobies. Ces soucis apparaissent excessifs pour la situation.

Modéré à sévère : a des soucis la plupart du temps au sujet d'au moins 2 circonstances ou événements anticipés ou courants.

Extrêmement sévère : a des soucis extrêmes, persistants et envahissants concernant à peu près tout, réel ou imaginé.

éép17

| Absent | Très faible | Faible | Modéré | Modéré à sévère | Sévère | Extrêmement sévère |
|--------|-------------|--------|--------|-----------------|--------|--------------------|
| 0 ○ | 1 ○ | 2 ○ | 3 ○ | 4 ○ | 5 ○ | 6 ○ |

18. Difficultés de sommeil - incapacité à s'endormir, réveils intermittents, temps de sommeil diminué.

Absent : pas du tout.

Faible : quelques difficultés (au moins 1 heure à s'endormir au début de la nuit, mais ne souffre pas d'insomnie nocturne ou matinale).

Modéré à sévère : Éprouve définitivement des difficultés de sommeil (INSOMNIE INITIALE d'au moins 2 heures, jusqu'à $\frac{1}{2}$ heure D'INSOMNIE NOCTURNE OU MATINALE). Sentiment d'un sommeil non réparateur, évidence d'un léger renversement du RYTHME CIRCADIEEN (cycle du sommeil).

Extrêmement sévère : se plaint de ne jamais dormir, se sent exténué toute la journée ou renversement sévère du rythme circadien (cycle du sommeil).

éép18

| Absent | Très faible | Faible | Modéré | Modéré à sévère | Sévère | Extrêmement sévère |
|--------|-------------|--------|--------|-----------------|--------|--------------------|
| 0 ○ | 1 ○ | 2 ○ | 3 ○ | 4 ○ | 5 ○ | 6 ○ |

19. Désorientation - confusion entre les personnes, places ou objets.

Absent : pas du tout.

Faible : apparaît confus ou mêlé occasionnellement. Il peut être facilement raccroché à son environnement quand il y est incité.

Modéré à sévère : apparaît confus, mêlé, dérouté fréquemment à propos de son environnement familial, des personnes ou des choses.

Extrêmement sévère : constamment confus. Perplexe.

éép19

| Absent | Très faible | Faible | Modéré | Modéré à sévère | Sévère | Extrêmement sévère |
|--------|-------------|--------|--------|-----------------|--------|--------------------|
| 0 ○ | 1 ○ | 2 ○ | 3 ○ | 4 ○ | 5 ○ | 6 ○ |

20. Déviance du discours - niveau inférieur du développement du discours, vocabulaire sous-développé, mauvaises prononciations.

Absent : pas du tout.

Faible : cas occasionnels où il y a un discours déformé ou particulier. Entraîne une légère détérioration de la compréhension du discours.

Modéré à sévère : cas fréquents où il y a des éléments menant définitivement à une compréhension difficile du discours.

Extrêmement sévère : distorsions constantes dans le discours, à peu près incompréhensible.

éép20

| Absent | Très faible | Faible | Modéré | Modéré à sévère | Sévère | Extrêmement sévère |
|--------|-------------|--------|--------|-----------------|--------|--------------------|
| 0 ○ | 1 ○ | 2 ○ | 3 ○ | 4 ○ | 5 ○ | 6 ○ |

21. STEREOTYPIE - mouvements ou posture rythmique, répétitif, MANIERISME.

Absent : pas du tout.

Faible : démontre occasionnellement des mouvements ou des postures rythmiques, répétitifs, maniérismes.

Modéré à sévère : fréquents mouvements ou postures rythmiques, répétitifs, maniérismes.

Extrêmement sévère : la plupart du temps (>50%) démontre des mouvements ou des postures rythmiques, répétitifs, maniérismes.

éép21

| Absent | Très faible | Faible | Modéré | Modéré à sévère | Sévère | Extrêmement sévère |
|--------|-------------|--------|--------|-----------------|--------|--------------------|
| 0 ○ | 1 ○ | 2 ○ | 3 ○ | 4 ○ | 5 ○ | 6 ○ |

Fiche des renseignements institutionnels et médicaux

FICHE SUR LES MEDICAMENTS PRESCRITS – A REMPLIR PAR LES EDUCATEURS

Veillez compléter cette fiche pour les adolescents qui ont actuellement une ou des prescription(s) de médicament(s) psychotrope(s).

Pour les questions à choix multiples, veuillez cocher la case(☒) correspondant à votre réponse.

Ces informations seront utilisées à des fins de recherche uniquement.

Date de la collecte de données : ____ / ____ / ____ (jj/mm/aaaa)

Numéro de dossier du jeune : _____

Date de naissance du jeune : ____ / ____ / ____ (jj/mm/aaaa)

Sexe du jeune :

Masculin

☐

Féminin

☐

⇒ Est-ce que le jeune prend un ou des médicament(s) psychotrope(s) : Oui Non Ne sait pas
☐ (1) ☐ (0) ☐ (9)

Si oui, précisez de quel médicament il s'agit :

| | NOM DU MEDICAMENT | OUI | NON | NE SAIT PAS | DOSE PRESCRITE (MG/JOUR) | NE SAIT PAS | DEPUIS QUAND? (JJ/MM/AAAA) |
|----|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------|----------------------------|
| 01 | Citalopram (Celexa) | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (0) | <input type="checkbox"/> (9) | /jour | <input type="checkbox"/> (9) | |
| 02 | Clonazépam (Rivotril) | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (0) | <input type="checkbox"/> (9) | /jour | <input type="checkbox"/> (9) | |
| 03 | Clonidine (Catapres, Novo-clonidine) | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (0) | <input type="checkbox"/> (9) | /jour | <input type="checkbox"/> (9) | |
| 04 | Fluvoxamine (Luvox) | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (0) | <input type="checkbox"/> (9) | /jour | <input type="checkbox"/> (9) | |
| 05 | Lorazépam (Ativan) | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (0) | <input type="checkbox"/> (9) | /jour | <input type="checkbox"/> (9) | |
| 06 | Méthylphénidate (Ritalin/Concerta) | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (0) | <input type="checkbox"/> (9) | /jour | <input type="checkbox"/> (9) | |
| 07 | Paroxetine (Paxil) | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (0) | <input type="checkbox"/> (9) | /jour | <input type="checkbox"/> (9) | |
| 09 | Quiétiapine (Séroquel) | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (0) | <input type="checkbox"/> (9) | /jour | <input type="checkbox"/> (9) | |
| 10 | Risperidone (Risperdal) | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (0) | <input type="checkbox"/> (9) | /jour | <input type="checkbox"/> (9) | |
| 11 | Sertraline (Zoloft) | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (0) | <input type="checkbox"/> (9) | /jour | <input type="checkbox"/> (9) | |
| 12 | Topiramate (Topamax) | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (0) | <input type="checkbox"/> (9) | /jour | <input type="checkbox"/> (9) | |
| 13 | Trazodone (Desyrel) | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (0) | <input type="checkbox"/> (9) | /jour | <input type="checkbox"/> (9) | |
| 14 | Venlafaxine (Effexor) | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (0) | <input type="checkbox"/> (9) | /jour | <input type="checkbox"/> (9) | |
| 15 | Autre ... précisez... | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (0) | <input type="checkbox"/> (9) | /jour | <input type="checkbox"/> (9) | |
| 16 | | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (0) | <input type="checkbox"/> (9) | /jour | <input type="checkbox"/> (9) | |

Appendice C

Entretien sur l'observance

« L'entrevue que nous allons faire se divise en quatre sections générales : ton placement, tes problèmes, les médicaments et la drogue. Je te poserai ensuite quelques questions sur toi. Je te poserai des questions afin de comprendre ce qui se passe pour toi dans ces domaines de ta vie. Il n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponses. Réponds-moi comme cela te vient spontanément. Je peux t'assurer que cet entretien est confidentiel, si tu as des questions, n'hésite pas à me les poser. »

Historique du placement

Peux-tu me parler de ton placement actuel?

- Depuis quand es-tu placé dans cette unité?
- Pourquoi as-tu été placé?

Avais-tu déjà été placé avant?

- Si oui : peux-tu me parler de chacun de ces placements?

Problèmes

Qu'est-ce qui ne va pas pour toi actuellement?

- Depuis quand as-tu ces problèmes?
- Pourquoi penses-tu avoir ces problèmes?
- Que faudrait-il faire pour tes problèmes?

Si tu as quelqu'un qui t'aide...

- Qu'est-ce qu'il (elle) fait pour t'aider?
- Comment te sens-tu avec lui (elle)?
- De quoi parles-tu avec lui (elle)?

Médicaments autres que ceux prescrits pour des maladies physiques

Que penses-tu des médicaments en général?

- Médicaments pour les maladies physiques?
- Médicaments qui ne sont pas pour des maladies physiques (psychotropes)?

Peux-tu me parler des médicaments qui te sont prescrits?

- Pourquoi t'ont-ils été prescrits?
- Qu'en penses-tu?
- Comment t'aident-ils à mieux fonctionner?

Comment consommes-tu ces médicaments par rapport aux recommandations de ton médecin (observance)?

- Avec quelle régularité prends-tu tes médicaments?

Selon toi, que pensent tes éducateurs des médicaments?

Selon toi, que pense ton (ta) psychologue des médicaments?

Selon toi, que pense ton travailleur social des médicaments?

Selon toi, que pense ton médecin des médicaments?

Selon toi, que pensent les membres de ta famille des médicaments?
Selon toi, que pensent les autres jeunes des médicaments?

Drogues

Que penses-tu de la drogue?

Peux-tu me parler de ta consommation?

- Passée, présente et future (envisagée)?
- Quels sont les effets que tu recherches?

Renseignements personnels

J'ai maintenant quelques renseignements supplémentaires à te demander qui m'aideront à mieux comprendre ce que tu vis.

- Quel âge as-tu?
- Vas-tu à l'école?
 - o À quel niveau es-tu?
 - o À temps plein ou à temps partiel?
 - o Où? À quelle école?
 - o Es-tu dans une classe ou une école spéciale?
 - o As-tu déjà doublé une année? Laquelle?
- Est-ce que tes deux parents vivent ensemble? Sont-ils séparés?
 - o Où habitent-ils?
 - o Avec qui vivent-ils? (frères, sœurs, demi-frères, demi-sœurs, conjoint(e))
- Si tes parents sont séparés, lequel a ta garde?
- Chez qui vas-tu le plus souvent lors de tes visites?
- Quel est le métier de ton père? De ta mère?
 - o Travaillent-ils à temps plein? À temps partiel? Emploi occasionnel? Saisonnier?
- Quelle est la scolarité de ton père? De ta mère?
- As-tu des frères et sœurs?
 - o Quel âge ont-ils?
 - o Que font-ils?
 - o Où habitent-ils?
- Combien as-tu d'amis proches?
 - o Quel âge ont-ils?
 - o Que font-ils?
 - o Où habitent-ils?
- Quels sont tes loisirs?
 - o Fais-tu du sport?
 - o Où pratiques-tu?
 - o Avec qui?
 - o Combien de fois par semaine (fréquence)?